

“Espacios para el Compromiso: Usando el Conocimiento para mejorar las Políticas a favor de la pobreza”

Proyecto: Incidencia y asistencia técnica de la Fundación Siena en el Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires



“Evidencia y argumentación para la incidencia en el proceso de diseño e implementación de una política de transferencia de ingresos para la inclusión social de la primera infancia en la Ciudad de Buenos Aires”

**Consultor a cargo de la Revisión Bibliográfica
Lic. Roxana Mazzola**

23 de Febrero de 2009, Argentina

INDICE

RESUMEN EJECUTIVO	3
PRESENTACIÓN Y OBJETIVOS DEL TRABAJO.....	7
I. DERECHOS DE LA PRIMERA INFANCIA. Consensos en torno a un mundo apropiado para las niñas y los niños.....	10
II. LA SITUACIÓN SOCIAL DE LA PRIMERA INFANCIA EN LA CABA, SU INSERCIÓN EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL Y COMPARACIÓN CON LA SITUACIÓN NACIONAL Y DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.....	18
II.1. El contexto: perspectiva histórica y coyuntura actual en la Argentina.....	19
II.2. La situación social de la primera infancia en la CABA	22
<i>El derecho a la supervivencia de la Primera Infancia en la CABA. Pobreza, indigencia, alimentación y salud.</i>	<i>22</i>
<i>El derecho a la educación en la Primera Infancia en la CABA.....</i>	<i>26</i>
<i>La inversión social en la niñez en la CABA.</i>	<i>27</i>
II.3. Comparación a nivel nacional y la Provincia de Buenos Aires de la situación social de la Primera Infancia en la CABA	28
<i>El derecho a la supervivencia de la Primera Infancia. Pobreza, indigencia, alimentación y salud.....</i>	<i>28</i>
<i>El derecho a la educación en la Primera Infancia</i>	<i>36</i>
<i>La inversión social en la infancia.....</i>	<i>39</i>
II.4. El contexto internacional: la situación social de la Primera Infancia en América Latina.....	41
II.5. Recapitulando.....	46
III. POLÍTICAS SOCIALES DE INGRESO A LA PRIMERA INFANCIA EN AMERICA LATINA - “BEST PRACTICES”	49
III.1. Apuntes de la integralidad en las políticas y el desafío de la capacidad institucional	50
II.2. Impacto de las políticas sociales de ingreso en la primera infancia	58
III. 3. Destacados	75
IV. CONCLUSIONES DE LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	76
BIBLIOGRAFÍA	80

RESUMEN EJECUTIVO

1. El presente trabajo contiene una revisión bibliográfica del material existente en GDN y de las organizaciones que figuran en su base de conocimiento para enriquecer el trabajo de la Fundación Siena con el Ministerio de Desarrollo Social de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con el fin de propiciar una mayor incidencia en el proceso de diseño e implementación de una política de transferencia de ingresos para la protección social de la primera infancia en la Ciudad de Buenos Aires.
2. La realización de esta revisión ha sido apoyada por GDN y CIPPEC al ser seleccionada en la segunda convocatoria realizada en el marco del Proyecto “Espacios para el compromiso: Usando el conocimiento para mejorar las políticas públicas a favor de los pobres”. El propósito de ésta iniciativa de GDN y CIPPEC es fomentar la utilización del conocimiento de manera más efectiva, para que los procesos de incidencia en políticas públicas pueden ser más sustentables, legítimos y eficaces. En este marco, se apoya a un investigador externo para la realización de una revisión bibliográfica que informe a think tanks - la Fundación Siena- en la incidencia en un proceso de políticas públicas, favoreciendo el desarrollo de intervenciones más efectivas a favor de los pobres en la región.
3. En su contenido concreto, y atendiendo a los requerimientos y necesidades planteadas por el think tank, tres ejes temáticos son abordados por esta revisión bibliográfica: I. los derechos de la primera infancia; II. la situación social de la primera infancia en la Ciudad Buenos Aires (CABA), su inserción en el contexto internacional y comparación con la situación nacional y de la provincia de Buenos Aires; y III. Las políticas sociales de ingreso a la primera infancia en América Latina - “best practices”.
4. En este marco en la revisión, en primer lugar, se atiende a los derechos de la primera infancia destacando los consensos en torno a un mundo apropiado para las niñas y los niños. En base a la misma se acentúa que imaginar este mundo, implica que todos los niños adquieran la mejor base posible para su vida futura teniendo de manera integral garantizada su supervivencia, nutrición, salud, desarrollo temprano, identidad, participación, y protección especial cuando sus derechos han sido vulnerados, y que sus padres y/o tutores sean apoyados para favorecer su crianza. De este modo, este marco se configura en la base de los consensos y compromisos asumidos por los Estados para la promoción y protección de los derechos de la infancia sentando, a su vez, el marco ético para la formulación e implementación de políticas a favor de la infancia.
5. En segundo lugar, se abordan las principales dimensiones de la situación social de la primera infancia en la CABA, retroalimentando su estudio con una perspectiva comparada con la situación presente en la Provincia de Buenos Aires y a nivel nacional. Tres aspectos centrales adquieren una presencia destacada en base a la revisión realizada:
 - Pese a que el peso relativo de los niños en la Ciudad de Buenos Aires es bajo, la inversión en este grupo etéreo es crucial para mejorar la calidad de vida y evitar la reproducción de la pobreza.
 - Aunque, la situación de la infancia es mejor en la CABA, y junto con Buenos Aires son las provincias que más invierten en este grupo etéreo (destinan el

mayor porcentaje de gasto social a la infancia), es inaceptable que en la región más próspera del país miles de niños vivan en situación de vulnerabilidad y ello se constata en las brechas existentes entre la realidad y lo establecido en la Convención de los Derechos del Niño y los Objetivos del Desarrollo del Milenio.

- Por último, las brechas entre los niños pobres y no pobres en la CABA son las mayores del país. Los indicadores sociales en la zona sur de la CABA son similares a los presentes en el Gran Buenos Aires (GBA) y a nivel nacional.
6. Las brechas existentes entre la realidad y la Convención de los Derechos del Niño y los Objetivos del Desarrollo del Milenio establecen la necesidad de profundizar el desarrollo de políticas públicas a favor de la primera infancia. En este sentido y como señala Larrain (en Arraigada, I. CEPAL, 2005): "Los desafíos centralmente se encuentran en que los actuales procesos de adecuación de políticas de infancia deben ser parte de las estrategias de renovación de las políticas de bienestar e inclusión social para todas las personas y no sólo respuestas para situaciones de riesgo y exclusión disociadas de las políticas universales".
 7. En tercer lugar, sobresale que en su conjunto la evidencia y argumentos reseñados permiten acentuar que la CABA tiene que avanzar en el incremento de la inversión social y el desarrollo de políticas sociales que orientadas a favor primera infancia, sitúen a la equidad en el centro de sus diseños y aquí las políticas sociales de transferencias de ingresos se constituyen en una alternativa a este respecto.
 8. En base a Chapman (2006), las transferencias de ingresos -condicionadas o no- son una forma de reducir la pobreza, el hambre y la desigualdad de ingresos en el corto plazo, como una forma de red de seguridad social para grupos vulnerables y quienes se encuentran en la pobreza crónica. Asimismo, permiten aumentar la demanda de servicios y reducir algunas de las barreras del lado de la demanda (en particular los costos) para el acceso a servicios básicos. Muchas de las personas más pobres del mundo no pueden utilizar los servicios de educación y salud -incluso cuando el gobierno tiene una política de servicios universales para todos sus ciudadanos, teniendo que hacer frente los hogares en pobreza crónica a elevados costos de oportunidad. También las transferencias sociales pueden abordar algunas de las causas subyacentes de las desigualdades en los resultados sanitarios y educativos, tales como la pobreza, la exclusión y la desnutrición. Una fuente regular de ingresos permite a los hogares extremadamente pobres comer más alimentos con más regularidad, lo que mejora el estado nutricional. El mejoramiento de la nutrición en los niños pequeños, a su vez, beneficia a su salud, y es importante para el desarrollo cognitivo de los niños y la capacidad de beneficiarse de manera significativa en la escuela. La educación, a su vez, conducirá a niños más saludables y estos beneficios se transmiten a la generación siguiente. De este modo, las políticas de ingresos tienen el potencial de reducir la transmisión intergeneracional de la pobreza.
 9. En este marco, en la base de datos de GDNet y organizaciones asociadas adquieren presencia una multiplicidad de estudios que refieren principalmente a las experiencias de programas de transferencias de ingresos condicionados (PTC) que han tenido un amplio desarrollo en las últimas dos décadas en los países de América Latina y el Caribe.

10. De su revisión sobresale que en América Latina actualmente se plantea la necesidad de tender a una mayor integralidad en las políticas de ingresos, a favor de la conformación de una red de protección social más amplia y con prioridad en el desarrollo integral de la primera infancia. El programa Chile Crece Contigo se constituye en una experiencia novedosa en la atención a la primera infancia que se vincula a las políticas de ingresos. Asimismo, las diversas experiencias desarrolladas en el marco de PTC como las intervenciones multiprogramas que caracterizan al caso de Chile Solidario; los programas multidimensionales (educación, salud y nutrición) como el Oportunidades de México, Bolsa Familia de Brasil, Familias en Acción de Colombia y PATH de Jamaica; y los multidimensionales con fortalecimiento de la oferta de servicios de educación y salud como en el caso de la Red de Protección Social (Nicaragua) y PRAF (Honduras) se constituyen en prácticas que han tenido resultados positivos en la acumulación de capital humano a favor de la infancia.
11. Un amplio desarrollo de evaluaciones de impactos acompañó la evolución de estas políticas permitiendo contrastar sus principales hipótesis de acción, identificar efectos no previstos, examinar los procesos de aplicación y sus repercusiones en las condiciones de vida de los beneficiarios, contribuyendo a su vez a darle una mayor transparencia a la gestión y una mayor legitimidad ante la opinión pública.
12. Entre las principales contribuciones que permite resaltar la revisión bibliográfica de las evaluaciones de los PTC se identifica que las políticas de ingreso permiten contribuir a la reducción de la desigualdad de ingresos, concentrándose los recursos en los quintiles más pobres, aumentan el ingreso familiar y que pueden contribuir a mitigar el impacto de las crisis económicas. Además, se evidencia que las transferencias de ingresos incrementan el consumo, la ingesta calórica y diversifican la alimentación en los hogares y mejoran el acceso a los servicios de salud y en cuidados preventivos. La información de un país (México) sugiere que el programa redujo la enfermedad y la mortalidad infantil, y mejoró el estado de salud de los adultos. Asimismo en México y Nicaragua se destacan mejoras en el estado nutricional de los niños. Estos resultados se constituyen en una importante contribución a favor de la supervivencia de la primera infancia y la mejora de su entorno familiar.
13. Algunas cuestiones deben profundizarse cuando se diseñan e implementan políticas de ingresos: 1) dado que los impactos en la reducción de la pobreza son bajos se destaca que debe prestarse especial atención a los montos de las transferencias; 2) también se enfatiza la necesidad de equilibrar la inversión en la oferta de servicios de salud y educación y la demanda dado que los incrementos en el uso de los servicios impactan en su calidad; 3) finalmente, se destacan algunas consideraciones en torno a la condicionalidad de las transferencias, las cuales enfatizan que esta herramienta debe ser utilizada con sumo cuidado y se ejemplifica con casos que las políticas de transferencias de ingresos incondicionados también pueden impactar de manera positiva en la mejora de las condiciones de vida de la primera infancia.
14. Los think tanks han incidido en los procesos de diseño y evaluación de estas políticas. En programas como Chile Solidario y el Progres-Oportunidades de México que se consideran "exitosos" en América Latina tuvieron una participación activa en estas etapas del ciclo de las políticas fortaleciendo la legitimidad, solidez

y sostenibilidad de las mismas. Alineados con el espíritu de la convocatoria de GDN, que busca fortalecer la vinculación de la esfera del conocimiento y las políticas sociales, estos procesos de incidencia se constituyen en un antecedente importante al aporte que actualmente la Fundación Siena esta realizando en el MDS de la Ciudad mediante el diseño y evaluación de un nuevo programa a favor de la primera infancia.

15. El estudio destaca que GDNet constituye una herramienta útil y actualizada para ordenar la aproximación al objeto de estudio, permitiendo acceder a una multiplicidad de estudios que figuran en su base de conocimiento y de sus organizaciones asociadas de relevancia para la temática. Como se detalla en el listado de bibliografía son más de 90 las publicaciones de referencia que se incluyen en esta revisión bibliográfica.
16. La recomendación de incorporar en su base de conocimiento mayores fuentes documentales de niveles subnacionales de gobierno y de la incidencia de think tanks sobre la temática que es abordada en esta revisión se identifica como necesidad para favorecer el desarrollo de futuros estudios. Asimismo, se requiere avanzar en trabajos de análisis que a nivel subnacional y en perspectiva comparada de manera integral aborden la cuestión de la primera infancia, atendiendo simultáneamente a la caracterización de sus principales indicadores sociales, respuestas estatales e intervenciones que a su favor sea recomendable desarrollar. En países federales como la Argentina estos aspectos adquieren importancia.
17. Con respecto al proceso de incidencia en el cual se inserta esta revisión bibliográfica, se considera que el material contenido en este reporte permitirá fortalecer el proceso de definición y elaboración de una política destinada a atender a los niños más vulnerables de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, cumpliendo de esta forma con su objetivo primario.

PRESENTACIÓN Y OBJETIVOS DEL TRABAJO

El presente trabajo contiene una revisión bibliográfica del material existente en GDN y de las organizaciones que figuran en su base de conocimiento para enriquecer el trabajo de la **Fundación Siena** con el **Ministerio de Desarrollo Social de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires**, con el fin de propiciar una mayor incidencia en el proceso de diseño e implementación de una política de transferencia de ingresos para la inclusión social de la primera infancia en la Ciudad de Buenos Aires.

La realización de esta revisión ha sido apoyada **GDN y CIPPEC** al ser seleccionada en la segunda convocatoria realizada en el marco del Proyecto “Espacios para el compromiso: Usando el conocimiento para mejorar las políticas públicas a favor de los pobres”. El propósito de ésta iniciativa de GDN y CIPPEC es fomentar la creencia que utilizando más conocimiento de manera más efectiva, los procesos de incidencia en políticas públicas pueden ser más sustentables, legítimos y eficaces. En este marco, se apoya a un investigador externo para la realización de una revisión bibliográfica que informe a think tanks – la Fundación Siena- en la incidencia en un proceso de políticas públicas, favoreciendo el desarrollo de intervenciones más efectivas a favor de los pobres en la región.

La **Fundación Siena** (FS) ha desarrollado diversas acciones de incidencia en el campo social de las políticas públicas del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, destacándose en el presente su participación activa en el proceso de diseño e implementación de una política de transferencias de ingresos para la inclusión social de la primera infancia. Específicamente los objetivos desarrollados en este marco consisten en:

- Diseñar una política de transferencia de ingresos para la inclusión social de la primera infancia en la Ciudad de Buenos Aires, haciendo hincapié en la definición de la población destinataria y en la evaluación de impacto de dicha política (construcción de líneas de base y definición del rol de los think tanks en dichas evaluaciones).
- Evaluar la oportunidad de implementar dicha política en la actualidad, sobre la base de las necesidades sociales de la población infantil vulnerable y las posibilidades presupuestarias, administrativas y de gestión del MDS.

Para enriquecer de manera concreta la propuesta de Fundación Siena al MDS y considerando el estado de avance actual de la misma junto a los requerimientos realizados por el think tank, la presente revisión bibliográfica se estructura por ejes temáticos y no por autor. Estos ejes refieren a tres cuestiones: I) los derechos de la primera infancia; II) la situación social de la primera infancia en la CABA, su inserción en el contexto internacional y comparación con la situación nacional y de la provincia de Buenos Aires y; III) Las políticas sociales de ingreso a la primera infancia en América Latina- “best practices”.

El estudio adopta un enfoque descriptivo con metodología cualitativa a partir de una revisión bibliográfica basada en las publicaciones de GDN y de otras organizaciones que figuran en su base de conocimientos relacionada con el tema del proyecto, y ha estado sujeto a las necesidades de la Fundación Siena. La extensión de su desarrollo fue de un mes, entre fines de enero y febrero de 2009.

Con los resultados de este análisis se espera propiciar un mayor nivel de incidencia de la FS en la política pública referenciada, para de esta forma contribuir a fortalecer la calidad y legitimidad de los programas sociales que el MDS implementa para mejorar la calidad de vida de los sectores más vulnerables.

Sobre Fundación Siena ¹

Misión

La Fundación Siena es un organización argentina sin fines de lucro cuya misión es el diseño y promoción de políticas públicas y herramientas de gestión que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los ciudadanos a través del desarrollo sustentable, la reducción de la pobreza, la promoción de igualdad de oportunidades, el fortalecimiento de las instituciones democráticas, la solvencia de las cuentas públicas y la transparencia en la gestión gubernamental.

Visión

La visión de la Fundación Siena es ser referente institucional en el análisis e investigación de los aspectos sociales y económicos que contribuyan a construir una sociedad más justa e inclusiva con una economía sustentable y equilibrada, orientada al servicio del bien común.

Objetivos

- Producir desde una perspectiva interdisciplinaria información y conocimientos actualizados que contribuyan a la difusión, participación y debate sobre problemas sociales y sus posibles soluciones.
- Desarrollar proyectos de investigación aplicada, propuestas innovadoras y de factible implementación para incrementar la calidad de las políticas sociales, económicas e institucionales de Argentina.
- Ser fuente de información confiable y consulta para la toma de decisiones públicas por parte de funcionarios de gobierno, líderes sociales, formadores de opinión y público en general.
- Promover los puentes entre el sector público y el privado a través del trabajo conjunto entre pensadores y hacedores de políticas públicas, incentivando al mismo tiempo la participación de la sociedad civil.
- Favorecer el intercambio de información y la coordinación de investigaciones con otros centros productores de conocimiento en materia de políticas públicas.

Áreas de Investigación

La misión y objetivos de la Fundación Siena se plasman en la producción de investigaciones en cuatro áreas de trabajo específicas:

- a. Finanzas Públicas
- b. Políticas Sociales
- c. Instituciones
- d. Comunicación y Participación Ciudadana

Sobre el Consultor a cargo de la Revisión Bibliográfica

Roxana Mazzola es Licenciada en Ciencia Política - UBA y Mgter en Administración y Políticas Públicas - Universidad de San Andrés (en elaboración de tesis). Especialista en Políticas Sociales. Actualmente se desempeña como Asesora en el Ministerio de Desarrollo Social de la Prov. de Buenos Aires. Desempeñó funciones en la Jefatura de Gabinete de la Prov. de Buenos Aires. Se ha desempeñado como Investigadora y Coordinadora de iniciativas en materia de políticas sociales en diversas instituciones. Tiene una amplia experiencia en revisiones bibliográficas. Temas de trabajo actual: sistemas de protección social; políticas sociales de transferencias de ingresos a la niñez; y políticas de Inclusión sociolaboral con prioridad en jóvenes.

¹ Para mayor información consultar www.fundacionsiena.org.ar

I. Derechos de la Primera Infancia.

Consensos en torno a un mundo apropiado para las niñas y los niños

I. DERECHOS DE LA PRIMERA INFANCIA. *Consensos en torno a un mundo apropiado para las niñas y los niños.*

El siglo XX ha sido testigo de un profundo y dinámico proceso de reconocimiento y protección de los derechos de los niños, cuya máxima expresión ha sido la aprobación por las Naciones Unidas de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) en 1989.

Desde comienzos de siglo es posible observar la tendencia a acordar un conjunto de principios de alcance universal para la protección de los derechos de los niños. En 1924 la Sociedad de las Naciones adopta en su V Asamblea el primer texto formal, conocido como la Declaración de Ginebra sobre los Derechos del Niño; en 1948 se aprueba la Declaración Universal de Derechos Humanos; en 1966 los Pactos de Derechos Civiles y Políticos y de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; en el sistema Interamericano, la Convención Americana de Derechos Humanos, conocida como Pacto de San José de Costa Rica, de 1969. En todas ellas se contemplan normas especiales para la infancia y en 1959 la Asamblea General de las Naciones Unidas adopta la *Declaración Universal de Derechos del Niño*. Al celebrarse los 20 años de la Declaración de 1959, se conmemoró el Año Internacional del Niño, oportunidad en la que se propuso la formulación de una Convención sobre los Derechos del Niño. Tras diez años de intensos trabajos, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó el 29 de Noviembre de 1989 la CDN.

La CDN representa el consenso de las diferentes culturas y sistemas jurídicos de la humanidad en aspectos tan esenciales como la relación del niño con la familia; los derechos y deberes de los padres y del Estado; y las políticas sociales dirigidas a la infancia. Señala UNICEF en el informe *1946-2006 Sesenta años en pro de la infancia* que “orientada por los principios de la “no discriminación” y las “medidas adoptadas en defensa del interés superior del niño”, la Convención describe en términos específicos los derechos sociales, económicos, civiles, a la protección y a la participación de la infancia, y las obligaciones jurídicas de los gobiernos hacia su población infantil” (UNICEF, 2006; Pág. 25). La supervivencia, el desarrollo y la protección de la infancia dejan así de ser cuestiones de beneficencia y se convierten en obligaciones morales y jurídicas.

“El avance clave que subyace en la Convención es el reconocimiento del niño o niña como una entidad individual. A través del prisma de la Convención, los niños ya no son objeto de simpatía o sujetos de la autoridad paterna, sino participantes habilitados y activos en su propio desarrollo, según su edad y su madurez (UNICEF, 2006; Pág. 25).

En este marco, según la Convención sobre los Derechos del Niño todos los niños y las niñas, esto es, todo ser humano menor de dieciocho años de edad (Art.1 de la CDN), tiene los derechos que se sintetizan en los siguientes gráficos:

Derechos de la infancia

Según la Convención sobre los Derechos del Niño, todos los niños y niñas tienen derecho a:

	Artículos*
No discriminación	2, 30
Medidas adoptadas para su interés superior	3, 18
La supervivencia y el desarrollo	6
La identidad	7, 8
Relaciones familiares y orientación paterna	5, 7, 8, 9, 10, 18, 21, 25
Protección frente al traslado y la adopción ilícitos	11, 21
Libertad de expresión, de pensamiento, de conciencia y de religión	12, 13, 14
Libertad de asociación y de reunión pacífica	15
Protección estatal de su privacidad, hogar, familia y correspondencia	16
Acceso a una información adecuada	17
Protección frente al abuso y al trato negligente	19
Protección y asistencia especiales si carecen de un entorno familiar	20, 22
Protección frente a los conflictos armados	22, 38-39
Cuidados especiales en caso de discapacidad	23
Salud y acceso a los servicios de atención de la salud	24
Acceder a las prestaciones de la seguridad social	26
Un nivel de vida adecuado	27
Educación	28-29
El descanso y esparcimiento, el juego y las actividades recreativas, la cultura y las artes	31
Protección contra el trabajo infantil, la trata, la explotación sexual y de otro tipo, y el abuso de drogas	32-36, 39
Protección contra la tortura y la privación de libertad	37-39
La dignidad y el valor, incluso cuando el niño haya infringido la ley	40

* Los Artículos se refieren a los artículos 1-40 de la Convención sobre los Derechos del Niño. Los artículos citados se refieren concretamente a los derechos de los niños y a las obligaciones de los Estados Partes para con los niños.

Fuente: UNICEF, Estado Mundial de la Infancia 2005, Pág. 4.

UNICEF (véase www.unicef.org/argentina) destaca que los derechos que en la CDN se presentan pueden agruparse en el derecho a la salud, a la nutrición y al desarrollo infantil integral temprano; el derecho a la educación; el derecho a la protección especial; el derecho a la participación; y el derecho a la identidad. En su conjunto, un ambiente donde se respeten plenamente todos estos derechos se configura como un “entorno protector” de los niños, niñas y adolescentes que puede concretizarse a nivel de comunidad, municipio, provincia y estado nacional. Y aclara que la variedad de derechos contemplados no implica supremacía o mayor importancia de unos sobre otros. Al contrario, todos estos son esenciales y complementarios entre sí: hay claras sinergias entre el derecho a la identidad y el ejercicio de todos los otros

Gráfico 2 Los derechos de los niños de corta edad

Niños muy pequeños (de 0 a 3 años)

- Protección contra el peligro físico
- Nutrición y atención de la salud adecuadas
- Una vacunación apropiada
- Un adulto con quien establecer vínculos afectivos
- Un adulto que comprenda sus señales y sepa responder a ellas
- Objetos para mirar, tocar, escuchar, oler, probar
- Ocasiones para explorar el mundo que les rodea
- Una estimulación apropiada del lenguaje
- Apoyo para adquirir nuevas aptitudes motoras, lingüísticas y mentales
- La posibilidad de obtener un cierto grado de independencia
- Ayuda para aprender a controlar la conducta
- Ocasiones para comenzar a aprender a cuidarse por sí mismos
- Ocasiones diarias para jugar con diversos objetos

Niños en edad preescolar, todo lo anterior, y además:

- Ocasiones para refinar las aptitudes motoras
- Fomento del lenguaje mediante conversaciones, lecturas y canciones
- Actividades que promuevan un sentimiento de dominio del medio
- Ocasiones para aprender a cooperar, a ayudar, a compartir
- Experimentos con tareas que preparen para la escritura y la lectura
- Exploración activa para aprender por medio de la acción
- La ocasión de asumir responsabilidades y tomar decisiones
- Actividades que promuevan el autocontrol, la cooperación y la persistencia para terminar los proyectos
- Apoyo al sentimiento de valoración positiva de uno mismo
- Ocasiones para la expresión personal
- Aliento de la creatividad

Niños al inicio de la primaria, todo lo anterior, y además:

- Apoyo para adquirir nuevas aptitudes motoras, lingüísticas y mentales
- Nuevas oportunidades para fomentar la independencia
- Ocasiones para fomentar la autonomía en la esfera de la atención personal
- Ocasiones para adquirir una amplia gama de aptitudes
- Apoyo a un mayor desarrollo del lenguaje por medio de conversaciones, lecturas y canciones
- Actividades que fomenten todavía más un sentimiento de dominio de aptitudes y conceptos diversos
- Ocasiones para aprender técnicas de cooperación y de ayuda a los demás
- Manipulación activa de objetos que refuercen el aprendizaje
- Apoyo para la adquisición del autocontrol y la persistencia necesarios para terminar proyectos
- Apoyo para que se sientan orgullosos de sus logros
- Motivación y refuerzo del desempeño académico

Fuente: Adaptado de Coordinators' Notebook: An international resource for early childhood development. The Consultative Group on Early Childhood Care and Development, No. 21, 1997, p. 7.

Fotografías de arriba hacia abajo: UNICEF/UN/WHO/PAHO; UNICEF/India/UNICEF/UN/WHO/PAHO

Fuente: UNICEF, Estado Mundial de la Infancia 2001, Pág. 16.

derechos, entre el derecho a la salud y nutrición y el ejercicio del derecho a la educación. Por otro lado el derecho a medidas de protección especial, dedicadas a re-establecer derechos ya vulnerados, se hace evidente esencialmente en situaciones donde el ejercicio de derechos básicos como aquellos antes mencionados no se concretizó en medida suficiente. De este modo se resalta una concepción integral y holística.

De la Convención sobre los Derechos del Niño sobre estos derechos se reconoce que atendiendo al interés superior del niño (Art. 1) y asumiendo los Estados Partes un compromiso para su efectivo cumplimiento, todo niño tiene:

- **Derecho intrínseco a la vida** y los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño (Art. 6),
- **Derecho a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.** A los padres u otras personas encargadas del niño les incumbe la responsabilidad primordial de proporcionar, dentro de sus posibilidades y medios económicos, las condiciones de vida que sean necesarias para el desarrollo del niño. Los Estados Partes, de acuerdo con las condiciones nacionales y con arreglo a sus medios, adoptarán medidas apropiadas para ayudar a los padres y a otras personas responsables por el niño a dar efectividad a este derecho y, en caso necesario, proporcionarán asistencia material y programas de apoyo, particularmente con respecto a la nutrición, el vestuario y la vivienda (Art. 27).
- **Derecho a la identidad:** el niño será inscripto inmediatamente después de su nacimiento y tendrá derecho desde que nace a un nombre, a adquirir una nacionalidad y, en la medida de lo posible, a conocer a sus padres y a ser cuidado por ellos (Art. 7).
- Se pondrá el máximo empeño en garantizar el reconocimiento del principio de que **ambos padres tienen obligaciones comunes en lo que respecta a la crianza y el desarrollo del niño.** Incumbirá a los padres o, en su caso, a los representantes legales la responsabilidad primordial de la crianza y el desarrollo del niño. A los efectos de garantizar y promover los derechos enunciados en la presente Convención, los **Estados Partes prestarán la asistencia apropiada a los padres** y a los representantes legales para el desempeño de sus funciones en lo que **respecta a la crianza del niño** y velarán por la creación de instituciones, instalaciones y servicios para el cuidado de los niños (Art. 18).
- **Derecho a la salud:** todo niño tiene el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios y asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para: (a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez; (b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud; (c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente; (d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres; (e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos; (f) Desarrollar la atención

sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia (Art 24.)

- **Todos los niños tienen el derecho a beneficiarse de la seguridad social**, incluso del seguro social, y los Estados Partes adoptarán las medidas necesarias para lograr la plena realización de este derecho de conformidad con su legislación nacional (Art. 26).
- **Derecho a la educación:** los Estados Partes reconocen el derecho del niño a la educación y, a que se pueda ejercer progresivamente y en condiciones de igualdad de oportunidades (Art. 28). Los Estados Partes convienen en que la educación del niño deberá estar encaminada a:
(a) Desarrollar la personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física del niño hasta el máximo de sus posibilidades (Art. 29).
- **Derecho al descanso y el esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas.** Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al descanso y el esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas propias de su edad y a participar libremente en la vida cultural y en las artes. Los Estados Partes respetarán y promoverán el derecho del niño a participar plenamente en la vida cultural y artística y propiciarán oportunidades apropiadas, en condiciones de igualdad, de participar en la vida cultural, artística, recreativa y de esparcimiento (Art. 31).
- **Derecho a la participación.** Los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño (Art. 12).
- **Derecho a la protección.** Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo. Esas medidas de protección deberían comprender, según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otras formas de prevención y para la identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los casos antes descritos de malos tratos al niño y, según corresponda, la intervención judicial (Art. 19). Los Estados Partes protegerán al niño contra todas las demás formas de explotación que sean perjudiciales para cualquier aspecto de su bienestar (Art. 36).

Esto permite configurar el consenso existente y compromisos asumidos en torno a las condiciones de un mundo apropiado para los niños y a la par suministra el marco ético al que debe atenderse en la formulación e implementación de políticas a favor de la infancia y en especial en sus primeros años de vida. En este sentido, en la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas en favor de la Infancia realizada en mayo de 2002, 180 naciones aprobaron el documento final "Un mundo apropiado para los niños", en el cual reconocían que "Un mundo apropiado para los niños es aquél en que todos los niños adquieren la mejor base posible para su vida futura" (UNICEF y Fundación Bernard van Leer, 2007). En los principios y objetivos de esta Declaración de la Infancia se destaca la prioridad de (1) *Poner a los niños siempre primero*; (2) *Erradicar la pobreza: invertir en la infancia*; (3) *No permitir que ningún niño quede postergado*; (4) *Cuidar de todos los niños*. Los niños deben empezar a vivir de la mejor manera posible. Su supervivencia, protección, crecimiento y desarrollo con buena salud y una nutrición

adecuada son las bases fundamentales del desarrollo humano. El esfuerzo concertado se orienta a luchar contra las enfermedades infecciosas, combatir las principales causas de la malnutrición y criar a los niños en un entorno seguro que les permita disfrutar de buena salud, estar mentalmente alerta, sentirse emocionalmente seguros y ser socialmente competentes y capaces de aprender; (5) *Educar a todos los niños*; (6) *Proteger a los niños de la violencia y la explotación*; (7) *Proteger a los niños de la guerra*; (8) *Luchar contra el VIH/SIDA*; (9) *Escuchar a los niños y asegurar su participación*, y (9) *Proteger a la Tierra para los niños* (UNICEF y Fundación Bernard van Leer, 2007).

UNICEF ha sido el organismo internacional que ha liderado los avances en la atención de la niñez, y primordialmente en la atención a la niñez menor de seis años, con énfasis en el menor de tres y en este marco sostiene un enfoque *integral* del desarrollo de la primera infancia. Dicho enfoque implica un reforzamiento de los vínculos entre padres y niños y la constante evaluación de la eficacia de las instituciones y servicios destinados a los niños pequeños. Un enfoque integral que proteja a cada uno de los niños y cumpla con sus múltiples derechos es el único modo de asegurar que el niño comience a vivir de la mejor manera posible. El desarrollo de la primera infancia debe centrarse en el niño, poner énfasis en la familia, asentar sus bases en la comunidad, gozar del apoyo de la sociedad y ser defendido a escala mundial (UNICEF, 2002; UNICEF y Fundación Bernard van Leer, 2007; y Morasso, 2005). En este marco, la atención a la primera infancia debe orientarse a promover la supervivencia, la protección y el desarrollo del niño y junto a ello la importancia que reviste el ambiente familiar; el registro desde el nacimiento; la salud y alimentación; el aprendizaje temprano; y el juego y las actividades recreativas (UNICEF y Fundación Bernard van Leer, 2007).

Para UNICEF la supervivencia y el desarrollo de la infancia son la clave en su misión, a pesar del hincapié cada vez mayor que se hace en la protección de la infancia, la educación y el VIH/SIDA (UNICEF, 2006). Y ello exige un enfoque multidisciplinario e intersectorial de las intervenciones que tengan por objeto promover el “buen comienzo en la vida”.

El concepto de desarrollo infantil temprano integral adquiere así trascendencia. Señala Morasso (2005; Pág. 14 y 15) que cuando hablamos de desarrollo infantil temprano integral entendemos que:

- La supervivencia, el crecimiento y el desarrollo de los niños son mutuamente interdependientes.
- Las familias son responsables de la crianza de sus hijos y las naturales proveedoras de cuidado, afecto, estímulo y valores a los niños pequeños, de acuerdo a su cultura.
- Las oportunidades para que los niños logren mayores niveles de desarrollo personal aumentan cuando son favorecidas por políticas públicas y programas de apoyo a la familia formulados con abordajes multidisciplinarios e intersectoriales.
- La protección integral de la primera infancia, en el espíritu de la Convención sobre los Derechos del Niño, requiere implementarse mediante políticas públicas que garanticen su derecho a desarrollarse “hasta el máximo de su potencial”.
- Las intervenciones a nivel local deben ajustarse a los criterios y estándares de calidad establecidos por los órganos rectores del sistema de protección integral, y fundarse en buenas prácticas.
- El desarrollo infantil temprano integral es un enfoque que orienta la adopción de medidas de política pública que coordinen acciones a diferentes niveles, con el objetivo de mejorar:
 - la calidad del cuidado familiar;

- el acceso de las familias a recursos, conocimientos, participación y servicios básicos de calidad;
- el apoyo de la comunidad y las instituciones a las familias.

Otras instituciones del sistema de Naciones Unidas han ganado también claridad respecto a la prioridad que debe darse a la primera infancia. UNESCO, por ejemplo lo ha establecido con toda claridad: "Cuando recordamos que nuestra meta es desarrollar las capacidades del niño para que llegue a ser un miembro activo de la sociedad, salta a la vista que es preciso atender a su desarrollo integral: su alimentación y estado de salud; el respaldo que su entorno le presta, el amor y los cuidados que recibe; las posibilidades de jugar, descubrir, aprender, relacionarse con el entorno, resolver problemas y participar en la vida de la comunidad. En el contexto de toda una vida, es evidente que las capacidades para toda la vida se basan en los cimientos puestos durante los primeros años." (UNESCO, 1997, Pág. 3).

Asimismo, se ha profundizado el análisis de cada dimensión de los derechos vinculados a la primera infancia y básicamente sobre dos ejes: la supervivencia, vinculada a la salud y la nutrición, y la educación en la primera infancia. Por ejemplo, mientras el primer aspecto es abordado en multiplicidad de anuarios y documentos de UNICEF (2002; 2006; 2008; 2009), el segundo aspecto vinculado a la universalización de la educación en la primera infancia ha sido analizado principalmente en recientes trabajos de UNESCO (OREALC y UNESCO, 2004; IDIE-OEI, 2008; Chávez Ramírez, IDIE-OEI, 2008; UNESCO y OREALC, 2004; UNESCO, 1997). Estos últimos parten de la reafirmación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y la Convención sobre los Derechos del Niño, la Declaración Mundial sobre Educación para Todos, adoptada en Jomtien en 1990 y renovada en Dakar en 2000, donde se reconoce el derecho humano de cada persona niño, joven o adulto a la educación, con el fin de satisfacer las necesidades básicas de aprendizaje desde el nacimiento a lo largo de la vida.

No obstante ello como se ha destacado imaginar un mundo apropiado para los niños y en especial en los primeros años de vida implica que de manera integral las niñas y los niños tengan garantizado su supervivencia, nutrición, salud, desarrollo temprano, identidad, participación, y protección especial cuando sus derechos han sido vulnerados, y que sus padres y/o tutores sean apoyados para favorecer su crianza.

Resulta ilustrativa a este respecto la respuesta a la pregunta de ¿Cómo debería ser un programa para la primera infancia? extraída de la Guía a la Observación General N° 7: "Realización de los derechos del niño en la primera infancia" y realizada por el Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia:

"Los programas para el desarrollo de la primera infancia no se ocupan únicamente de los niños, sino también de influenciar los contextos en los cuales los niños crecen. . . . Los programas deberían aprovechar los puntos fuertes que ya existen dentro de la familia, la comunidad y la sociedad. Al mismo tiempo, deberían esforzarse por consolidar las fortalezas de los niños:

- *Fortalezas físicas:* Entre ellas figuran el cuidado prenatal y la sana alimentación de las madres, la apropiada alimentación de los niños, la inmunización, una vivienda adecuada, la disponibilidad de agua potable limpia, buenas condiciones de saneamiento e higiene, oportunidades y estímulos para desarrollar destrezas psicomotrices más o menos finas.
- *Fortalezas intelectuales:* Entre ellas figuran la adquisición del lenguaje y la narración de cuentos, las actividades que invitan al niño a explorar, a ser curioso . . . , la comprensión

de conceptos básicos como por ejemplo los números, los colores, las dimensiones, etc., el fomento de la creatividad y del pensamiento crítico.

- *Fortalezas sociales:* Entre ellas figuran el aprender acerca de la propia identidad, el comprender las relaciones dentro de la familia y del vecindario, el interrelacionarse con sus propios pares y con las demás personas según las reglas aceptadas por la sociedad, el adquirir buenas habilidades comunicativas y el estar dispuesto a colaborar.
- *Fortalezas morales y emocionales:* Entre ellas figuran el establecimiento de relaciones estables, el amor, el afecto, el sentido de seguridad, la comprensión del sistema de creencias y convicciones de la familia y la sociedad, el aprendizaje de lo que se debe y no se debe hacer, el convertirse en un pensador crítico, con la inculcación y el reforzamiento de la habilidad que cada cual tiene de protegerse a sí mismo”

UNICEF y Fundación Bernard van Leer, 2007; Pág. 25

II. La Situación Social de la Primera Infancia en la CABA, su inserción en el contexto internacional y comparación con la situación nacional y de la provincia de Buenos Aires.

II. LA SITUACIÓN SOCIAL DE LA PRIMERA INFANCIA EN LA CABA, SU INSERCIÓN EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL Y COMPARACIÓN CON LA SITUACIÓN NACIONAL Y DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

La primera infancia es la fase de la vida más decisiva e importante para el desarrollo armónico y el bienestar del ser humano. Diversas investigaciones (CEPAL y UNICEF, 2002 y 2006; UNICEF, 2001, 2005, 2006, 2007, 2008 y 2009; Schady, 2006; Amartya Sen, 1999; Save the Children, 2003) han demostrado que desde la gestación los primeros años de vida son la base para el desarrollo biológico, psicológico, social y cultural, por lo tanto requieren de una especial atención y cuidado de los Estados, la familia y la sociedad en general.

En los primeros años de la infancia las experiencias y las interacciones con madres, padres, miembros de la familia y otros adultos influyen sobre la manera en que se desarrolla el cerebro del niño, y tienen consecuencias tan importantes como las de otros factores, entre ellos la nutrición suficiente, la buena salud y el agua pura. La manera en que el niño se desarrolla durante este período prepara el terreno para el ulterior éxito en la escuela y el carácter de la adolescencia y la edad adulta (UNICEF, 2001). De esta manera, los primeros años de vida son cruciales para el futuro, sentándose allí las bases para las capacidades y las oportunidades que se tendrán en el curso de la vida.

En este marco, UNICEF recomienda analizar la situación social de la infancia contrastando las brechas existentes entre la realidad actual y lo contemplado en la Convención sobre los del Niño (CDN). Las brechas existentes en la garantía de los derechos a la salud, la nutrición y el desarrollo infantil temprano, la educación, la protección especial, la participación y la identidad, permiten identificar con mayor claridad los desafíos en materia de políticas públicas dirigidas a este sector de la población y, como tal, constituye un interés prioritario para gobiernos, sociedades y agencias de cooperación internacional (UNICEF, 2005). A ello incorpora la necesidad de realizar un seguimiento del cumplimiento de los Objetivos del Desarrollo del Milenio, considerando la CDN, y las metas establecidas en la Cumbre Iberoamericana a favor de la infancia (UNICEF, 2005; UNICEF, 2007).

En este sentido, se estructura el presente apartado de esta revisión bibliográfica centrándose -dadas las limitaciones del alcance de este estudio- en las brechas existentes en materia de salud, nutrición y desarrollo infantil temprano, y de educación. En primer lugar, luego de realizar un breve repaso del contexto nacional se aborda el análisis de la situación social de la primera infancia en la CABA. En segundo, se incorpora una perspectiva comparada entre la situación social de la primera infancia en la CABA con la provincia de Buenos Aires y a nivel nacional, y en tercer lugar del país en relación a los países de América Latina. La intención de este abordaje es configurar una aproximación a las necesidades no cubiertas de la Primera Infancia y principales desafíos presentes en la CABA, a la vez, de contar con una perspectiva comparada.

La presente revisión bibliográfica si bien se basa en las publicaciones de GNet y otras organizaciones que figuran en su base de conocimiento², para retroalimentar el análisis debió recurrir a la incorporación de algunos documentos de trabajo recientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (UIMyE-MDS del GCBA, 2008; GCBA, 2002) y estadísticas oficiales del

² Se han encontrado análisis muy útiles al respecto como los de CEPAL y UNICEF, 2002 y 2006; Grinspun, 2004; Filgueira, 2007; CEPAL, 2008; UNICEF, 2001, 2005, 2006, 2007, 2008 y 2009; Schady, 2006; Amartya Sen, 1999; Save the Children, 2003; Curcio y Cetrángolo, 2006; UNICEF y Ministerio de Economía y Producción de la Nación; Cruces, Epele y Guardia, 2008; Cicowiez, Di Gresia y Gasparini, 2007

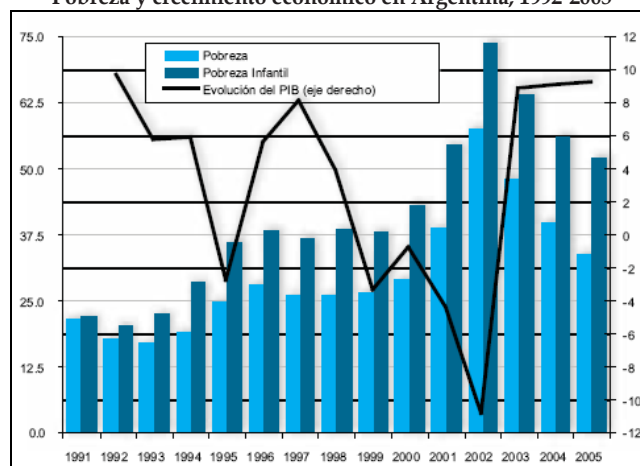
Ministerio de Salud de la Nación y del INDEC (SAF y UNICEF, 2006; ENNyS, 2005; EPH-INDEC, 2006, Censo Nacional, 2001).

II.1. El contexto: perspectiva histórica y coyuntura actual en la Argentina.

En las últimas décadas la Argentina asistió a cambios estructurales en su economía que impactaron profundamente en la estructura social. Las políticas económicas y sociales que durante la década de los 90 el Estado Argentino desarrolló tuvieron consecuencias directas e indirectas para las niñas, niños y adolescentes en el país. La apertura comercial y precarización del trabajo; la descentralización de los servicios sociales dirigidos a la infancia; la política tributaria regresiva; y el gasto social insuficiente, son las medidas centrales que destacan al respecto Curcio y Cetrángolo (2006).

Respecto a la primera medida señalan los autores que en los 90 la eliminación de la protección comercial y la apreciación cambiaria acentuaron la pérdida de competitividad de la industria nacional, conduciendo a un incremento de las tasas de desocupación y subocupación, que afectaron en mayor medida a los hogares con niños y adolescentes, sobre todo en los hogares de los estratos sociales más pobres. Asimismo, el 60% de niñas y niños no tuvieron acceso a los servicios de salud en 2001 y los ingresos familiares sufrieron una reducción importante, especialmente en los hogares con bajos recursos, en los cuales viven más niños por persona asalariada que en el promedio del país, lo cual explica probablemente el impacto más fuerte para la infancia. Esto definió gran parte del aumento dramático de la pobreza infantil por ingresos, desarrollado en el contexto de la crisis³.

Pobreza y crecimiento económico en Argentina, 1992-2005



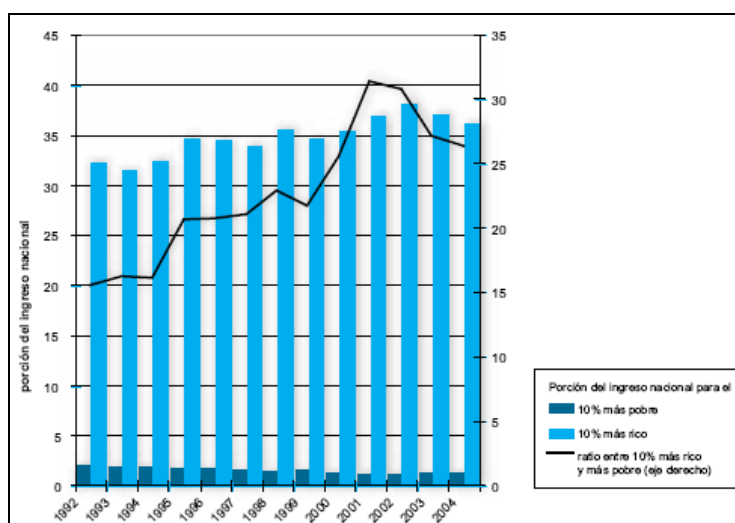
Fuentes: Estimaciones de UNICEF en base a datos de la Encuesta Permanente de Hogares (INDEC) y de la Dirección Nacional de Cuentas Nacionales. Aclaraciones: Entre 1991 y 2000 los datos de pobreza corresponden sólo al Gran Buenos Aires (GBA). A partir de 2001 se trata del total del país. Los datos de 2001 y 2002 corresponden a las ondas de Octubre y desde el 2003 en adelante (relevamiento continuo) se trata de los segundos semestres.

³ En este sentido, resulta relevante el análisis realizado por Casanova (2008), el cual explora la existencia de las trampas de la pobreza en Argentina a través de la comprensión de la dinámica de los ingresos. El mismo destaca que no hay pruebas de la existencia de las mismas, lo cual implica que los ingresos volverán a su nivel inicial después de los choques macroeconómicos registrados en la economía. Sin embargo, afirma que los hogares con mayores ingresos alcanzarán el equilibrio más rápidamente que aquellos con bajos ingresos. De este modo, el autor concluye que, a fin de evitar la pobreza en la Argentina, las autoridades deben diseñar políticas que fije el retorno al equilibrio de los hogares pobres. Al mismo tiempo, sostiene que las actuales medidas sociales y políticas no son, lamentablemente, el logro de su objetivo.

Por otra parte, respecto a la segunda medida destacan Curcio y Cetrángolo (2006) que la descentralización de los servicios sociales dirigidos a la infancia realizada en el marco de las reformas de las últimas décadas condujo a que la calidad de los servicios sociales dependa más profundamente de los recursos económicos y fiscales de cada jurisdicción, consolidándose así las desigualdades subnacionales entre las diferentes regiones. Como consecuencia, las grandes disparidades desafían el principio ético de igualdad de oportunidades y amenazan de manera significativa al cumplimiento de los derechos de la infancia relacionados con la salud y la educación, que se consagran en la Convención Internacional de los Derechos del Niño.

En tercer lugar, tampoco la política fiscal desarrollada logró reducir el importante aumento de las brechas en materia de ingresos disponibles en las familias. Entre 1992 y 2002 se incrementó la porción del ingreso nacional percibida por el 10% más rico de la población, al tiempo que en el otro extremo, el 10% más pobre experimentaba una reducción en su participación. La brecha entre ambos estratos se duplicó pasando de representar alrededor de 20 veces a principios de la década, a alcanzar un máximo superior a 40 veces durante el año 2002.

Desigualdad en Argentina, 1992-2004



Fuente: Centro de Estudios Distributivos, Laborales y Sociales de la Universidad Nacional de la Plata- -CEDLAS- (2005): Monitoring Socio-Economic Conditions in Argentina, Chile, Paraguay and Uruguay, Argentina.

Finalmente, el gasto social insuficiente completa el escenario de las principales políticas económicas y sociales que tuvieron destacadas consecuencias para la infancia. El gasto público social en Argentina aumentó en forma sostenida durante los años 90 pero con un comportamiento procíclico, subiendo en tiempos de expansión económica y bajando durante las fases recesivas, recibiendo un menor apoyo por parte del Estado la población y particularmente los sectores vulnerables, en los años de recesión y crisis cuando más lo necesitaban. Asimismo, el aumento del gasto social no logró frenar o revertir el crecimiento de la desigualdad en el país, dado que las inversiones en algunos niveles educativos, en pensiones y en sectores de salud, suelen representar en algunos casos gastos regresivos beneficiando en mayor proporción a los sectores más ricos de la sociedad que a los de bajos recursos (Curcio y Cetrángolo, 2006). A ello se suma que el gasto público social no resultó sustentable, expresándose en el endeudamiento creciente a nivel provincial. El gasto público dirigido a la niñez registró una caída drástica en el año 2002 como consecuencia de la eclosión de la crisis. Las erogaciones dirigidas a los niños se

mantuvieron relativamente estables a nivel nacional, debido en gran parte a la implementación del Plan Jefas y Jefes de Hogar Desocupados y otros programas sociales de emergencia. En contraste, el gasto público ejecutado por el nivel provincial de gobierno consolidado cayó un 35%, situación particularmente grave si se considera que los responsables de la provisión de los principales servicios dirigidos a la infancia son las jurisdicciones provinciales.

Es así que la precarización del trabajo, la descentralización de los servicios sociales dirigidos a la infancia; la política tributaria regresiva y el gasto social insuficiente, repercutieron de manera directa en la situación social de la infancia, vulnerando y limitando la garantía de sus derechos.

Fue paralelamente a estos desarrollos, y como se apuntara en el apartado I de esta revisión bibliográfica, que en las últimas décadas se concretaron una serie de acciones positivas en materia legislativa a nivel internacional y nacional a favor de la infancia. Entre ellas se destacan la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño en 1989, su incorporación al ordenamiento jurídico del país en 1990 y luego, su adquisición de jerarquía constitucional a partir de la reforma constitucional del año 1994. También se destacan a este respecto la ratificación de Pactos y Tratados internacionales tendientes a garantizar la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, entre otras. No obstante, en el marco del contexto descripto se incrementaron las brechas para avanzar en su concreción práctica.

A partir de 2003, Argentina está recuperándose de la crisis económica y social sin precedentes que deterioró de manera significativa la situación social. La pobreza e indigencia tendieron a volver a niveles pre-crisis del 2001. La pobreza infantil bajó alrededor de 25 puntos porcentuales y se calcula que unos 2,5 millones de niños dejaron de ser pobres entre 2002 y 2005⁴. Se incrementó el empleo y la cobertura de salud y se avanzó en materia legislativa, al sancionar en octubre de 2005 la Ley Nacional N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos del Niño, Niñas y Adolescentes. Sin embargo, aún en el presente, la pobreza tiene cara de infancia: 40% de los pobres en el país tienen menos de 18 años, y más de la mitad de los argentinos que viven en condiciones de indigencia son niños y adolescentes; casi la mitad de los empleados no cuenta con acceso a los seguros de salud; el promedio de ingresos reales se ubicó en 2005 todavía 20% por debajo del nivel de 2000. Además, los hogares con niños resultan menos sensibles a las mejoras de ingresos que la población en general. Si bien aunque la desigualdad de ingresos salariales volvió en 2004 a niveles pre-crisis, los ingresos no salariales tienen una importancia creciente para el ingreso nacional. Por lo tanto, es prematuro constatar que el país experimentó una definitiva reducción de la desigualdad económica (Curcio y Cetrángolo, 2006).

A ello se suma el proceso inflacionario vivenciado actualmente en el país y en la región latinoamericana. Señala el informe de la CEPAL del 2008 que “debido a una serie de factores en general externos a la región, en los países de América Latina y el Caribe, al igual que en el resto del mundo, los precios internacionales de los alimentos han aumentado significativamente, sobre todo durante 2007 y la primera parte de 2008. Más aún, varios de los productos cuyos precios han sufrido los mayores aumentos son esenciales para la canasta básica de los más pobres”....“La escasa reducción de la pobreza y el aumento de la indigencia proyectado para 2008 que interrumpe la tendencia a la baja que se registraba desde 2002, constituyen indicios de su influencia” (CEPAL, 2008; Pág. 13). Asimismo, el Estudio económico de América Latina y el Caribe, 2007-2008 como en el Panorama de la inserción internacional de América Latina y el Caribe, 2007. Tendencias 2008 de la CEPAL destaca, que si bien en el quinquenio pasado (2003-2007) se registró el mayor crecimiento del PIB por habitante desde los años setenta en América Latina, que superó el 3% anual, para 2008 se prevé un crecimiento aún positivo pero menor, debido a la reciente irrupción de la crisis financiera internacional....Las limitaciones del mercado

⁴ Fuente: Estimaciones de UNICEF en base a datos de la Encuesta Permanente de Hogares, INDEC/MECON.

financiero internacional y particularmente la falta de liquidez constituirán obstáculos adicionales al mantenimiento del ritmo de crecimiento alcanzado en el último quinquenio. En 2009 esta desaceleración tendrá efectos sobre la dinámica de la pobreza. En general también cabría esperar que el empleo agregado se estanque o incluso disminuya durante 2009 y que las remuneraciones reales se mantengan, en promedio, sin variaciones o disminuyan en alguna medida. Tampoco son optimistas las previsiones sobre la distribución de este deterioro del ingreso de los hogares, que se concentraría en los trabajadores por cuenta propia y los asalariados precarios, cuyos empleos suelen ser más sensibles al ciclo económico. En este contexto, es probable que la pobreza y la indigencia crezcan, lo cual, si bien en una magnitud leve, extendería el comportamiento negativo que ya se habría iniciado en 2008. La región no resultará inmune a la crisis aunque se encuentra en mejores condiciones para enfrentarla que en otras coyunturas. Ello debería traducirse en la puesta en marcha o intensificación de medidas que alivien el impacto que la menor demanda de trabajo tendrá sobre los hogares pobres y sobre aquellos que podrían caer en la pobreza, finaliza el informe.

Es en este contexto histórico caracterizado por las consecuencias de las políticas económicas y sociales desarrolladas en las últimas décadas, un proceso de recomposición luego de una crisis político-institucional, social y económica sin precedentes, y los límites que a esta recuperación impone la emergente crisis internacional, que tiene lugar el presente análisis de la situación social de la primera infancia en la CABA.

II.2. La situación social de la primera infancia en la CABA

El derecho a la supervivencia de la Primera Infancia en la CABA. Pobreza, indigencia, alimentación y salud.

Según destaca la UIMyE-MDS del GCBA (2008), en la Ciudad de Buenos Aires, que se caracteriza por el fuerte envejecimiento de su población, el peso relativo de los niños es congruentemente bajo: los niños de 0 a 5 años suman poco más de 200 mil personas y representan el 7% de la población total. La SAF y UNICEF (2006) señala que por año nacen 44.742 niños en la CABA.

Los principales indicadores de salud materno-infantil que se presentan en el informe estadístico de la SAF y UNICEF (2006) a nivel nacional y por provincia del país, permiten destacar que para el año 2004 en la Ciudad la tasa de natalidad es del 14.9%, el porcentaje de hijos de madres menores de 20 años es del 6.1%, la tasa de nacimientos con madre analfabeta o con primaria incompleta es del 2.7% y las tasas de mortalidad materna, infantil, neonatal y postneonatal son del 2%, 8.7%, 5.9% y 2.9% respectivamente (SAF y UNICEF, 2006).

En la evolución de la mayoría de estos indicadores se registra una mejora. En la Ciudad se redujo el porcentaje de nacimientos con madre analfabeta o con primaria incompleta y las tasas de mortalidad materna e infantil. También las tasas de mortalidad neonatal⁵ y postneonatal⁶ se redujeron. Esta mejora es importante para garantizar el sano desarrollo de los niños en sus

⁵ La misma se considera el componente “duro” de la mortalidad infantil dado que representa el 67,8% del total de muertes de menores de un año. Se relaciona principalmente con la atención médica del embarazo, parto y el recién nacido, requiriéndose intervenciones que van desde el nivel básico hasta la más alta complejidad. Así como se equipan costosas unidades de neonatología, se debería poner un fuerte énfasis en la prevención y cuidados del embarazo de alto riesgo a través del primer nivel de atención (SAF y UNICEF, 2006).

⁶ Se caracteriza por ser el componente “blando” de la mortalidad infantil relacionándose en importante proporción con las condiciones de vida y con calidad de atención médica (SAF y UNICEF, 2006).

primeros años de vida y una sana relación entre madre e hijo (UNICEF y Fundación Bernard van Leer, 2007). No obstante, aún hay desafíos pendientes. Se destaca que si bien para el año 2004 la tasa de natalidad y el porcentaje de hijos de madres menores de 20 años en comparación a 1990 han registrado un descenso, en relación al 2001 se han incrementado.

Indicadores de salud- Primera Infancia

Nacimientos	Tasa de Natalidad			% de nacidos vivos de madres menores de 20 años			Madre analfabeta o con primaria incompleta	
	1990	2001	2004	1995	2001	2004	2001	2004
44.742	14,2	13,9	14,9	7,2	5,1	6,1	2,8	2,7

Fuente: elaboración propia en base a SAP y UNICEF, 2006.

Indicadores de salud- Primera Infancia

Tasa de mortalidad materna		Tasa de mortalidad infantil				Tasa de mortalidad neonatal				Tasa de mortalidad postneonatal			
2001	2004	1990	2001	2004	% descenso 1990-2004	1990	2001	2004	% descenso 1990-2004	1990	2001	2004	% descenso 1990-2004
9	2	16,8	9,6	8,7	48	11,2	6,4	5,9	47,5	5,5	3,1	2,9	48

Fuente: elaboración propia en base a SAP y UNICEF, 2006.

Asimismo, en la Ciudad un tercio de los niños porteños de 0 a 5 años solo cuenta con el sector público como efector de salud y la desigualdad de oportunidades en la atención sanitaria y nutricional de los niños es sumamente diferencial por sector social. Entre los pobres el 87% cuenta únicamente con el servicio público de salud, entre los no pobres las cifras se invierten, el 82,8% de los niños no pobres tiene cobertura de salud de Obra Social o Prepaga (UIMyE-MDS del GCBA, 2008).

Niños de 0 a 5 años sin cobertura de salud de Obra social o Prepaga según condición de pobreza.

	Sin cobertura de salud de Obra Social o Prepaga
Niños de 0 a 5 años pobres	87%
Niños de 0 a 5 años no pobres	17.2%
Total niños de 0 a 5 años	30%

Fuente: elaboración propia en base a UIMyE-MDS del GCBA, 2008.

Por otro lado, los niños se encuentran más afectados por la pobreza que el resto de la población de la Ciudad: mientras para el año 2008 el 5,8% de los hogares de la CABA son pobres, el 9.3% de los hogares con niños menores de 6 años lo son (UIMyE-MDS del GCBA, 2008). El 12,5 % de los hogares de CABA tienen entre sus integrantes a niños de 0 a 5 años, mientras el 35% de los

hogares pobres tiene niños en la primera infancia. El tamaño medio de los hogares con niños es de 4 personas, pero se incrementa a 5,3 entre los hogares en situación de pobreza. El nivel educativo de la madre y el número de hijos evidencian una fuerte asociación: las mujeres que no han completado la escuela primaria alcanzan una paridez media final de 3,9 hijos, que baja abruptamente a 2.5 hijos entre las que completaron la escolaridad primaria o alcanzaron a iniciar el ciclo secundario aunque no lo hayan terminado. Las mujeres que han completado el nivel terciario o universitario tienen en promedio 1.8 hijos al finalizar su ciclo fértil (UIMyE-MDS del GCBA, 2008). En este marco, destaca UNICEF que “los programas que amplían los medios de acción de la mujer redundan en una mejora de las vidas de los niños” (UNICEF, 2001, Pág. 69). También este aspecto es resaltado en el anuario del año 2007 sobre el Estado Mundial de la Infancia cuando al denominarlo *las mujeres y los niños: el doble dividendo de la igualdad de género* en su contenido demuestra cómo la igualdad de género y el bienestar de los niños van de la mano (UNICEF, 2006)

En estos hogares en situación de pobreza el desempleo del jefe de hogar es un dato relevante: entre los jefes indigentes el 27% está desocupado y entre los pobres no indigentes el 11% sufre esta situación (UIMyE-MDS del GCBA, 2008). Señala la CEPAL y UNICEF (2002) que el empleo y los salarios dignos se encuentran entre los factores determinantes para salir de la pobreza. “Es evidente que en la conformación de la pobreza, confluyen factores determinantes vinculados al modelo de desarrollo macroeconómico, que se reflejan en la productividad media de la economía y la estructura distributiva⁷. También influyen factores sociales, relacionados con la inversión en educación y formación laboral y con la eficiencia y cuantía del gasto social. Cabe considerar asimismo determinantes demográficos y culturales, en que la situación de pobreza está condicionada por el número de dependientes en un hogar, las tasas de fecundidad, de embarazo adolescente y las inequidades de género, entre muchos otros. Se estima que los ingresos del hogar están determinados en un 80%, en promedio, por los ingresos del trabajo⁸. Por consiguiente, los ingresos familiares dependen fundamentalmente de la inserción ocupacional del jefe, o de la jefa de hogar, si tiene empleo o no, y de qué calidad, si se desempeña en el mercado laboral formal o informal, como asalariado público o privado, como trabajador por cuenta propia, etc.” (CEPAL y UNICEF, 2002; pág.3).

La condición laboral y los limitantes de ingreso en estos hogares restringen las posibilidades para el desarrollo integral de la primera infancia y tiene fuertes consecuencias en el estado nutricional y sanitario de estos niños.

Destaca la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud que para el año 2005 el 2.4% de los niños de la Ciudad sufrían desnutrición global presentando un bajo peso para su edad y sexo; el 3.2% tenían retardo en su crecimiento; el 1.8% eran emaciados, es decir, presentaban un déficit de 20% o más respecto del peso de un niño de su misma estatura; y el 6.2% sufrían de problemas de sobrepeso y obesidad. Estas proporciones afectaban en mayor medida a quienes se encontraban en la indigencia y en la pobreza y, a su vez, mientras el retardo de crecimiento afectaba en mayor a los niños indigentes que a los pobres (5% y 2,3% respectivamente), la obesidad y la anemia adquirían una presencia notoria en los niños pobres en relación a los niños en la indigencia (obesidad: 10.8% vs 1.3% y anemia: 19% vs 9.8%) (ENNyS, 2005). El Comité de los

⁷ En América Latina, las nuevas políticas económicas emanadas del Consenso de Washington tuvieron un efecto mínimo en cuanto a mejorar los ingresos de los pobres. Véase UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia, 2002*, pág. 63.

⁸ El 20% restante lo constituyen los ingresos de capital y las transferencias en forma de pensiones para los estratos de mayores ingresos, y la remesas de los migrantes del exterior y transferencias en forma de subsidios para sectores de menores ingresos provenientes principalmente del gasto público social. Véase UNICEF, CEPAL, SECIB (2001), *Construir equidad desde la infancia...*, op. cit, pág. 109.

Derechos del Niño de las Naciones Unidas Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Fundación Bernard van Leer (2007) señala que “la grave malnutrición en la primera infancia a menudo causa carencias en el desarrollo cognitivo. Los niños malnutridos obtienen peores resultados en los tests destinados a medir la función cognitiva, muestran un desarrollo insuficiente de la psicomotricidad y [escasas] habilidades manuales de precisión, acusan niveles inferiores de actividad, interactúan menos frecuentemente con su ambiente y no consiguen alcanzar las competencias básicas a un ritmo normal. Asimismo, los niños malnutridos contraen más enfermedades, están menos preparados para la escuela y tienen dificultades de aprendizaje. Por lo menos el 10% de los niños manifiesta alguna forma de discapacidad, y un [porcentaje] mucho mayor aún no crecerá en ambientes adecuados y capaces de brindar apoyo a su potencial para el aprendizaje. . . . (Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Fundación Bernard van Leer, 2007).

A estas desigualdades presentes por estrato social en la Ciudad se suman las desigualdades territoriales. La problemática urbana de la cohesión social se presenta en la CABA, siendo la zona sur de la ciudad la región más afectada, donde la garantía de los derechos a la salud, nutrición y estimulación temprana de la primera infancia se encuentran más comprometidos. De este modo, al igual que destacan estudios sobre la problemática de la cohesión y polarización social en Latinoamérica (Filgueira, 2007) en la Ciudad la desigualdad de oportunidades social y geográfica es notoria.

La distribución en el territorio de los casi 200 mil niños de 0 a 5 años que viven en la Ciudad es heterogénea, alcanzando su mayor peso relativo en la Zona C, constituida por las Comunas 4 y 8, integradas por los barrios de la Boca, Barracas, Parque Patricios, Nueva Pompeya, Villa Soldati, Villa Riachuelo y Villa Lugano. Estos barrios son los que tienen las mayores carencias en cuanto a infraestructura urbana, calidad de vivienda y en donde se asientan los hogares con menores recursos.

Niños de 0 a 5 años por zona. Ciudad de Buenos Aires

Zonas	Niños de 0 a 5 años	
	Absolutos	% en el total de la población
Total	192.898	7,1
A	42.535	5,5
B	24.066	6,5
Z	38.541	10,1
D	32.565	6,9
E	55.191	7,7

Fuente: UIMyE del MDS del GCBA. Los números absolutos son estimaciones realizadas para el año 2008 en base a las proyecciones de población por sexo y edad realizadas por INDEC.

“Las ciudades, soñadas como la culminación de los procesos de modernización y construcción ciudadana parecen expresar su némesis en tanto espacios colectivos segmentados y segregados, en donde la cercanía física alimenta, antes que procesos de integración, procesos de aislamiento social urbano, en donde los sectores pobres se encuentran cada vez más solos, más temidos y menos integrados. Esta segregación residencial posee no sólo efectos claros sobre la experiencia ciudadana cotidiana, sino también efectos regresivos en la distribución de capital social. Pero además de estos dos procesos la segregación residencial, y la segmentación de la experiencia educativa y del acceso a diversos bienes públicos posee dos efectos adicionales: la constitución de subculturas marginales y la concentración de “males” en una población determinada...a diferencia de los contextos de exclusión del pasado, marcados en mayor medida por la línea urbano-rural, la segregación urbana constituye una separación en la cercanía”.

Filgueira, 2007; Pág. 51.

Las comunas de menores recursos son las que presentan una tasa de crecimiento que supera ampliamente a la de la ciudad en su conjunto: se estima que la tasa de crecimiento anual entre

2005 y 2010 para la ciudad rondará 2,65 por mil habitantes, en la comuna 4 la tasa se estima en 8,1 y en la comuna 8 en 11,37.

Por otro lado, destaca la UIMyE-MDS del GCBA (2008), que los indicadores referidos al comportamiento reproductivo de las mujeres residentes en la CABA dan cuenta de realidades heterogéneas. Comparando los resultados para el conjunto de la ciudad, y para las comunas donde se asientan los sectores de menores recursos, se observan diferencias notorias:

Relación niños/ mujer: Relación entre el n° de niños y el de mujeres en edad de procrear.

CABA: 26.8

Comuna 4: 35.4

Comuna 8: 38.4

Tasa de fecundidad general: Cantidad de nacimientos por cada mil mujeres en edad de procrear.

CABA: 57.5

Comuna 4: 81.2

Comuna 8: 81.0

Paridez media final: n° medio de hijos tenido por las mujeres al final de su vida reproductiva.

CABA: 2.1

Comuna 4: 3.0

Comuna 8: 2.9

Las mujeres que residen en villas de emergencia tienen en promedio 4.6 hijos al finalizar la etapa reproductiva, las que residen en inquilinatos y hoteles, alcanzan a 3.1 hijos por mujer, mientras que las que residen en el resto de la ciudad tienen en promedio 1.9 hijos por mujer.

Las diferencias señaladas en el comportamiento reproductivo cristalizan en la distribución de la población de niños de 0 a 5 años en las distintas zonas de la ciudad.

De este modo, en la Ciudad las desigualdades de oportunidades son notorias para la garantía de los derechos a la nutrición y salud de la primera infancia. Los fuertes retos en la provisión de servicios socioeducativos para niños y la universalización de la educación pre-escolar se suman a este desafío.

El derecho a la educación en la Primera Infancia en la CABA.

En una lectura ampliada de lo estipulado en la Convención sobre los Derechos del Niño (N.U., 1989) respecto al derecho a la educación primaria de buena calidad, el Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas interpreta que todo niño tiene derecho a la educación desde el nacimiento, sin discriminaciones de ningún tipo y en forma gratuita, ya que ello se vincula al derecho a un máximo desarrollo. La Convención impone explícitamente a los Estados la obligación de ayudar a los padres que trabajan en lo que respecta a sus necesidades de asistencia para el cuidado de los niños. El artículo 18 indica que los Estados “adoptarán todas las medidas apropiadas para que los niños cuyos padres trabajan tengan derecho a beneficiarse de los servicios e instalaciones de guarda de niños para los que reúnan las condiciones requeridas”. . . (UNICEF -Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Fundación Bernard van Leer, 2007). Asimismo, la ley de educación de la Ciudad de Buenos Aires comprende en el “nivel inicial” la asistencia educativa a niños de 45 días a 5 años, con el objetivo fijado en el Art. 20 de dicha ley de “promover el aprendizaje y desarrollo de todos los niños/ñas desde los 45 días hasta los 5 años, como sujetos de derecho y

participes activos de un proceso de formación integral, miembros de una familia y de una comunidad “.

No obstante ello, el 89,0% de los niños de 3 a 5 años que viven en la Ciudad de Buenos Aires concurre a establecimientos educativos y este porcentaje desciende al 72,8% en los niños de 3 a 5 años provenientes de hogares pobres. Es decir que 1 de cada tres niños pobres está fuera del sistema educativo en la CABA (UIMyE-MDS del GCBA, 2008).

Conforme disminuye la edad de los niños, la asistencia a la educación formal se reduce: cuando la escolaridad es obligatoria- a partir de los 5 años - el 97,5% de los niños asisten a la escuela, a los 4 años concurre a la escuela el 90,7% y a los 3 años solo asiste el 79,5% de los niños de la Ciudad.

Señala la UIMyE del MDS del GCBA (2008) que si bien la concurrencia escolar de los niños de 3 años es baja, se observan importantes diferencias entre pobres y no pobres. El 82,8% de los niños de 3 años no pobres concurren a algún establecimiento educativo. El nivel de asistencia desciende al 55,8% entre los pobres. Se evidencia que la situación de pobreza extrema se constituye en un impedimento para el acceso al sistema educativo, situación de privación que se ve agravada por la escasez de la oferta dirigida a este tramo etario. La situación de los niños de 4 años es algo diferente en la medida en que la cobertura aumenta y no es tan profunda la brecha entre población vulnerable y población no pobre. Sin embargo, la asistencia para los niños de 4 años no pobres es del 96,2%, frente al 70,4% para los niños en situación vulnerable (UIMyE-MDS del GCBA, 2008).

La cobertura estatal para la educación inicial en los primeros dos años de vida es escasa. Según datos de la Dirección General de Estadística y Censos del GCBA, la oferta de Jardines Maternales en la Ciudad de Buenos Aires se ha ido incrementando desde su creación. En 1980 existían ocho jardines, en la actualidad hay 31 establecimientos que tienen sala para niños menores de 1 año, según la información obtenida en la página web del Gobierno de la Ciudad, cifra que desciende a 29 establecimientos para niños de 1 año y llega a 51 para los de 2 años.

Diversos estudios señalan la importancia de avanzar en la garantía a la educación de la primera infancia (UNESCO-OREALC, 2004; UNICEF, 2005; UNICEF -Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Fundación Bernard van Leer, 2007). El Plan de Acción Iberoamericano del 2002 ha establecido como meta para los países la implicación de los servicios socioeducativos para niños menores de 0 a 3 años y la universalización de la edad pre-escolar (UNICEF, 2005). Sin embargo, a pesar del aumento de conciencia política y social sobre la importancia de esta etapa educativa, aún permanecen en la Ciudad los desafíos de asegurar el acceso, la equidad y la calidad de la atención educativa a la primera infancia.

La inversión social en la niñez en la CABA.

Garantizar los derechos de la infancia es una responsabilidad legal y ética de los Estados, que deben desarrollar políticas públicas para ello. Estas políticas no son más que expresiones de deseo sin las partidas presupuestarias correspondientes: no se pueden poner en funcionamiento jardines de infantes ni implementar programas de atención de la salud para los niños y niñas si no se cuenta con los recursos necesarios.

Considerando que en la Argentina muchas de las políticas y programas dirigidos a la infancia son responsabilidad de los gobiernos provinciales, los datos que presenta el análisis del gasto

social a la infancia realizado por UNICEF y el Ministerio de Economía y Producción de la Nación (2006) permiten contar con un acercamiento a la inversión social que la CABA realiza favor de la misma. Los resultados del estudio expresan que:

- \$1455,2 millones anuales del gasto público de la CABA se destinaron a la niñez en 2004, representando el 47.9% del Gasto Público Social Provincial (GPSP) y el 38.5% del Gasto Público Total Provincial (GPTP).
- Esto representa \$2.248.3 anuales que se invierten por niña/o de la CABA.
- Más de la mitad (58.9%) del mismo se destina a la educación, un tercio (27.4%) a la salud -siendo el mayor porcentaje que se registra en relación a las restantes provincias del país-, el 2.7% a obras sociales y un 7.4% a la alimentación y nutrición. La menor inversión se realiza en ayuda directa; condiciones de vida; deporte, recreación y cultura; integración desarrollo; y protección al niño, ascendiendo en total a un 3.5% del gasto social dirigido a la infancia.

En este marco, destinar suficientes recursos y distribuirlos equitativamente es una necesidad imperiosa.

Para financiar el desarrollo hay que invertir en los niños y niñas destaca UNICEF (2000 y 2002). La inversión social y acción gubernamental es fundamental (Amartya Sen, 1999; Curcio, Jorge y Cetrángolo, Oscar, 2006; Cruces, Epele y Guardia, 2008). “En la actualidad, el concepto de desarrollo ha pasado a ser un sinónimo de la reducción de la pobreza. Y dado que son los niños y las niñas quienes suelen soportar lo más arduo de la pobreza en la sociedad, las actividades para el desarrollo deben centrarse ante todo y principalmente en liberar a los niños y las niñas de la pobreza” (UNICEF, 2002). “Cuando los niños no reciben lo que se les debe, los países pierden también sus oportunidades. Al efectuar inversiones en los niños durante sus primeros años de vida, un país no sólo se pone al servicio del niño y de su familia, sino también de la causa del desarrollo sostenible. La inversión de recursos en la causa de la infancia es una de las decisiones más útiles para el futuro que puede adoptar un dirigente” (UNICEF, 2001, pag 43)

II.3. Comparación a nivel nacional y la Provincia de Buenos Aires de la situación social de la Primera Infancia en la CABA

El derecho a la supervivencia de la Primera Infancia. Pobreza, indigencia, alimentación y salud.

Dos diferencias notorias se destacan al realizar una primera aproximación en perspectiva comparada sobre la situación de la primera infancia en la CABA en relación a la Provincia de Buenos Aires y la Argentina. Por un lado, la magnitud: para el año 2004 y de acuerdo con los datos del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación publicados en el informe realizado por la SAF y UNICEF (2006), los niños menores de 5 años en la CABA representan el 6% del total de menores de 5 años de la Argentina. Contrastando con ello, en la Provincia de Buenos Aires los mismos representan el 36.1%, concentrándose allí la mayor cantidad de niños de 5 niños de todas las provincias del país.

**Población total y menores de 5 años estimada al 30-06-2005.
Porcentaje población menor de 5 años, por jurisdicción (expresada en miles).**

<i>División Política</i>	<i>Población total</i>	<i>%</i>	<i>Población < 5 años</i>	<i>%</i>	<i>Porcentaje < 5 años</i>
Total del país	38.592,2	100	3.329,2	100	8,6
Ciudad de Bs. As.	3.018,1	7,8	199,5	6,0	6,6
Buenos Aires	14.854,4	38,0	1.201,7	36,1	8,2
Catamarca	365,3	0,9	400,5	1,2	11,0
Chaco	1.024,9	2,7	102,7	3,1	10,0
Chubut	445,5	1,2	408,2	1,2	9,1
Córdoba	3.254,3	8,4	248,2	7,5	7,6
Corrientes	980,8	2,5	99,4	3,0	10,1
Entre Ríos	1.217,2	3,2	110,8	3,3	9,1
Formosa	517,5	1,3	55,3	1,7	10,7
Jujuy	652,8	1,7	68,7	2,1	10,5
La Pampa	321,7	0,8	26,2	0,8	8,1
La Rioja	320,8	0,8	30,2	0,9	9,4
Mendoza	187,5	4,3	149,8	4,5	8,9
Misiones	103,0	2,7	120,1	3,6	11,7
Neuquén	521,4	1,4	48,1	1,4	9,2
Río Negro	587,4	1,5	52,7	1,6	9,0
Salta	116,1	3,0	130,8	3,9	11,2
San Juan	666,5	1,7	67,2	2,0	10,1
San Luis	409,3	1,1	41,7	1,3	10,2
Santa cruz	213,9	0,6	21,02	0,6	9,8
Santa Fe	3.177,6	8,2	248,8	7,5	7,8
Santiago del Estero	839,8	2,2	79,0	2,4	9,4
Tierra del Fuego	115,3	0,3	11,32	0,3	9,8
Tucumán	1.421,8	100	136,7	4,1	9,8

FUENTE: Estadísticas vitales. Información básica 2004. Dirección de estadísticas e información en salud. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación Diciembre 2005.

Por otro lado, sobresalen diferencias en la composición demográfica. Los datos presentados por el informe citado permiten destacar que mientras en la CABA los niños menores de 5 años representan al 6.6% del total de la población, a nivel nacional este porcentaje asciende al 8.6% y en la Provincia de Buenos Aires al 8.2% (SAF y UNICEF, 2006).

Se destaca un bajo peso de los niños sobre la estructura poblacional que adquiere una mayor preponderancia en la Ciudad que a nivel nacional, y señala un proceso de envejecimiento poblacional más acentuado para esta última (SAF y UNICEF, 2006; UIMyE-MDS del GCBA, 2006). Los niños menores de 18 años en la CABA representan al 24.3% del total de la población (UIMyE-MDS del GCBA, 2006⁹) y a nivel nacional este porcentaje asciende al 31.1% (UNICEF, 2007¹⁰).

Al respecto señalan CEPAL y UNICEF (2002) que “el llamado ‘ bono demográfico ’, que resulta de la baja de la fecundidad en condiciones de un todavía incipiente envejecimiento de las sociedades, ofrece una situación privilegiada de mejoría de las condiciones de vida de los hogares. Esto se debe a que durante algunos decenios habría una mayoría de población en edad productiva con una menor carga de dependencia que puede aportar sus excedentes y su capacidad creativa a garantizar el bienestar y los derechos del conjunto de la sociedad. Este fenómeno demográfico, que ocurre una sola vez en la historia de una sociedad, podría constituirse en la mayor oportunidad para lograr un futuro de prosperidad y justicia. Con todo, el aprovechamiento de esta oportunidad futura exige invertir en la presente generación de niños y jóvenes. Caso contrario, sus capacidades potenciales no se desarrollarán, afectándolos

⁹ Unidad de Información, Monitoreo y Evaluación (UIMyE). Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires- en base a la EAH 2006 - DGEyC.

¹⁰ INDEC, Dirección de Estadísticas Poblacionales, Programa de Análisis Demográfico, inédito. CEPAL/CELADE División de Población, 2007. En UNICEF, Datos generales sobre infancia y adolescencia. Actualizados a Septiembre 2007.

severamente de inmediato y limitando además su potencial con serias consecuencias sociales futuras” (CEPAL y UNICEF, 2002; pag 14). No obstante, como señala Filgueira el bono demográfico en países como Argentina es corto dada la relación entre los factores de desigualdad y los factores demográficos: “cuanto mayor la desigualdad mayor la resistencia a que los sectores más pobres adopten las pautas de fecundidad de los sectores medios y altos. Ello inhibe la convergencia de las tasas de fecundidad entre sectores pobres y no pobres. Pero por otra parte la mortalidad infantil, clave de la esperanza de vida al nacer, sí tiende a disminuir y a converger. Por ello, en la medida que las sociedades avanzan en su transición demográfica, éstas tienden a envejecer y no dejarán de hacerlo por altos niveles de desigualdad”. A su vez... “sociedades tempranamente urbanizadas incrementarán su esperanza de vida al nacer y envejecimiento, más rápidamente que sociedades en desarrollo que mantienen una pauta más rural en su asentamiento poblacional. Esto explica por qué sociedades urbanizadas y fuertemente desiguales, enfrentan el riesgo de más altas tasas de dependencia combinadas (infancia y tercera edad) que sociedades en similar nivel de desarrollo pero más igualitarias” (Pag 20 y 21). Lo cual de este modo destaca a partir de las estadísticas presentadas una situación particularmente comprometida para la CABA.

Por otro lado, en cuanto a las estadísticas sociales la CABA siempre se caracterizó por poseer indicadores sociales muchos más bajos que la media nacional y la Provincia de Buenos Aires (GCBA, 2002).

Al analizar los principales indicadores de salud materno infantil en perspectiva comparada, se destaca que la CABA tiene la menor tasa de natalidad de todas las provincias del país, ascendiendo la misma a 14.9 cada mil habitantes (SAF y UNICEF, 2006). La media nacional asciende a 19.3 cada mil habitantes y en la Provincia de Buenos Aires a 18.5 cada mil habitantes, situándose en valores cercanos a la media nacional. Sobresale que para el año 2004 luego de una tendencia al descenso de las tasas de natalidad, hacia el año 2001 ha habido una suba del 1% en la CABA, 1.1% a nivel nacional y 1.6% en la Provincia de Buenos Aires.

Indicadores de salud- Primera Infancia

	Nacimientos			Tasa de Natalidad			% de nacidos vivos de madres menores de 20 años			% Madre analfabeta o con primaria incompleta		Tasa de mortalidad materna (por 10.000 RNV)	
	1997	2001	2004	1990	2001	2004	1995	2001	2004	2001	2004	2001	2004
Ciudad de Buenos Aires	42.042	42.375	44.742	14,2	13,9	14,9	7,2	5,1	6,1	2,8	2,7	9	2
Provincia de Buenos Aires	235.373	243.720	268.281	18,5	16,9	18,5	14,2	12,1	12	4,3	4,8	2,1	2,8
Argentina	692.357	683.495	736.261	21	18,2	19,3	15,7	14,6	14,5	10,2	9,4	4,3	4

Fuente: elaboración propia en base Estadísticas vitales. Información básica 2004. Dirección de estadísticas e información en salud. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación Diciembre 2005. Véase a SAP y UNICEF, 2006.

Indicadores de salud- Primera Infancia

	Tasa de mortalidad infantil				Tasa de mortalidad neonatal				Tasa de mortalidad postneonatal			
	1990	2001	2004	% descenso 1990-2004	1990	2001	2004	% descenso 1990-2004	1990	2001	2004	% descenso 1990-2004
Ciudad de Buenos Aires	16,8	9,6	8,7	48	11,2	6,4	5,9	47,5	5,5	3,1	2,9	48
Provincia de Buenos Aires	24,2	15	13	46,1	14,9	9,2	8,5	32,7	8,8	5,8	4,5	48,2
Argentina	25,6	16,3	14,4	43,9	15,6	10,6	9,7	33,6	9,4	5,6	4,6	50,8

Fuente: elaboración propia en base Estadísticas vitales. Información básica 2004. Dirección de estadísticas e información en salud. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación Diciembre 2005. Véase a SAP y UNICEF, 2006.

Correspondientemente con esta evolución, se puede observar la cantidad de nacimientos por año. 736.261 niñas y niños nacieron en el año 2004 en Argentina, de los cuales 44.742 nacieron sido en la CABA y 268.281 en la Provincia de Buenos Aires. Destaca la SAP y UNICEF (2006) que a diferencia de períodos anteriores, en los que el número absoluto de nacimientos era estable pero con una tendencia descendente, en los últimos períodos se presenta un cambio en esa tendencia en la mayoría de las provincias.

Por otro lado, las estadísticas de la presente tabla constatan la mejor situación en los principales indicadores de salud materno-infantil de la Ciudad en relación a la situación presente a nivel nacional y en la Provincia de Buenos Aires:

- el porcentaje de hijos de madres menores de 20 años más que se duplica a nivel nacional (14.5%) y se duplica en la Provincia de Buenos Aires (12%) en relación a la Ciudad (6.1%);
- la tasa de nacimientos con madre analfabeta o con primaria incompleta a nivel nacional se triplica a nivel nacional (9.4%) y duplica en la Provincia de Buenos Aires (4.8%) en relación a la Ciudad (2.7%);
- la tasa de mortalidad materna se duplica a nivel nacional (4%) y también es mayor en la Provincia de Buenos Aires (2.8%) en relación a la Ciudad (2%);
- la mortalidad infantil mientras a nivel nacional asciende al 14.4% y en la Provincia de Buenos Aires al 13%, en la CABA la misma es del 8.7%.
- La tasa de mortalidad neonatal, la cual se considera el componente “duro” de la mortalidad infantil dado que representa el 67,8% del total de muertes de menores de un año y se relaciona con la atención médica del embarazo, parto y el recién nacido (SAF y UNICEF, 2006) es mayor en la nación y en la Provincia de Buenos Aires: 9.7%, 8,5% respectivamente vs. 5.9% en la CABA.
- La tasa de mortalidad postneonatal, caracterizada por ser el componente “blando” de la mortalidad infantil relacionándose en importante proporción con las condiciones de vida y con calidad de atención médica (SAF y UNICEF, 2006) también presenta diferencias entre la nación, la Provincia de Buenos Aires y la CABA, siendo del 4.6%, 4.5% y 2.9% respectivamente.

Del mismo modo que en la CABA tanto a nivel nacional como en la Provincia de Buenos Aires se registran mejoras en la evolución de estos indicadores sociales. Al respecto señalan los análisis realizados por Cicowiez, Di Gresia y Gasparini (2007) y Cruces, Epele y Guardia (2008)

en relación a los Objetivos del Desarrollo del Milenio que refieren a la temática que entre 1990 y 2005 la Argentina realizó progresos:

- La tasa de mortalidad de menores de 5 años, vinculada al ODM 4, ha retrocedido de 29,6‰ a 16,6‰ en el período 1990-2004, y la tasa de mortalidad infantil se ha reducido de 25,6‰ a 13,3‰ entre 1990 y 2005 (CNCPS, 2006). Si bien se han realizado importantes avances, el gobierno deberá incrementar el acceso de los más pobres al agua potable, saneamiento, servicios de salud básicos e información sanitaria para lograr que en 2015 la tasa de mortalidad de menores de 5 años se reduzca a 9.9‰, de acuerdo a la meta fijada (Cicowiez et al., 2007).
- La tasa de mortalidad materna por cada 100 mil niños nacidos vivos, vinculada al ODM 5, también mejoró aunque no de manera significativa. En 1990 la misma era de 52, baja a 35 en 2000, vuelve a aumentar durante la crisis (46 en 2002), y baja a 40 en 2004. Las diferencias geográficas son marcadas: las tasas de mortalidad de Jujuy y La Rioja son aproximadamente 10 veces superiores a las de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Para el período 1990-2004, dicho indicador se reduce con mayor intensidad en aquellas regiones que en 1990 presentaban los valores más elevados (CNCPS, 2006).

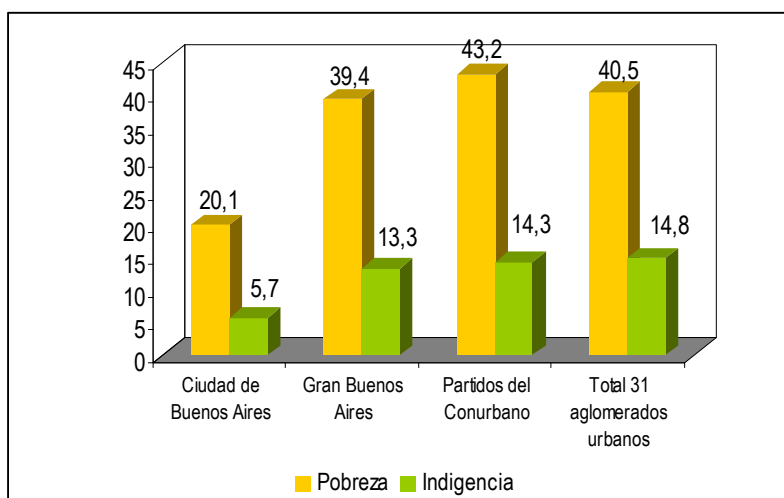
Estos avances resultan significativos para el desarrollo de una infancia saludable, pero los contrastes evidenciados destacan que las marcadas inequidades presentes al interior de la CABA también se reproducen a nivel nacional y se observan en las notorias condiciones sociales que expresan las estadísticas sociales de la primera infancia entre la CABA, la Provincia de Buenos Aires y Argentina. La oferta y la calidad de prestación de servicios universales como la salud es sumamente heterogénea según sea la provincia y municipio de residencia de cada persona y el acceso a recursos socioeconómicos con el que se cuenta.

Como se destacara anteriormente, un tercio de los niños en la CABA sólo cuenta con el sistema público de salud. A nivel nacional y en la Provincia de Buenos Aires esta proporción asciende a prácticamente la mitad de la población. Según estimaciones del Ministerio de Salud de la Nación para el año 2002 el porcentaje de población no cubierta con Obra Social o Plan Médico era del 26.2% en la CABA, del 48.8% en la Provincia de Buenos Aires y del 48.1% a nivel nacional.

Por otro lado, y sumamente vinculado a las posibilidades de acceso en nutrición, salud y desarrollo, para el año 2006 el 20% de los niños menores de 5 años eran pobres en la CABA (UIMyE - MDSGCBA, 2007¹¹). Y esta incidencia de la pobreza en la infancia se duplica a nivel nacional en relación a la Ciudad, y prácticamente triplica en la indigencia, junto a la probabilidad que implica para estos niños de padecer de desnutrición o enfermedades y carencias, debido a que los ingresos de sus hogares no les permiten tener garantizada una canasta básica de alimentos. Mientras en la CABA para el año 2006 el 20,1% de los niños menores de 14 años son pobres a nivel nacional este porcentaje asciende al 40,5% y en los partidos del conurbano de la Provincia de Buenos Aires al 43.2%. La indigencia también expresa una situación preocupante principalmente por los efectos que como se ha destacado la malnutrición que la acompaña contrae sobre la primera infancia: mientras en la CABA la misma comprende al 5.7% de los menores de 14 años, a nivel nacional afecta 14.3% de los niños y en los partidos del conurbano de la Provincia de Buenos Aires al 14.8% de los niños.

¹¹ Unidad de Información, Monitoreo y Evaluación (UIMyE). Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires- en base a la EAH 2006 - DGEyC.

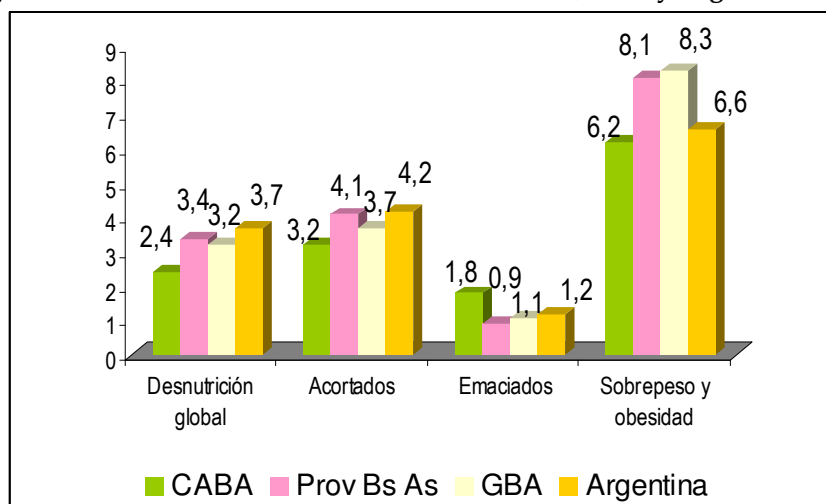
**Porcentaje de pobreza e indigencia en menores de 14 años, 2006.
Ciudad de Buenos Aires, Gran Buenos Aires, Conurbano y total aglomerados urbanos.**



Fuente: elaboración propia en base a INDEC, EPH, 2° Semestre, 2006.

Acompañando estas diferenciales proporciones entre la situación de la CABA, la Provincia de Buenos Aires y a nivel nacional también se encuentran los niveles de desnutrición global, retardo del crecimiento (acortados), y sobrepeso y la obesidad. No obstante, el porcentaje de niñas y niños emaciados, es decir, con déficit de 20% o más respecto del peso de un niño su misma estatura resulta en una problemática que adquiere mayor presencia en la CABA que en la Provincia de Buenos Aires y a nivel nacional (ver tabla).

Prevalencia e intervalo de confianza de categorías diagnósticas de estado nutricional antropométrico en niños y niñas del la CABA, Provincia de Buenos Aires, GBA y Argentina. Año 2005.



Fuente: elaboración propia en base a ENNyS, 2005.

Nota. GBA: Capital Federal y Partidos del Conurbano

- (1) La desnutrición global se define como aquellos niños cuyo peso para su edad y sexo se encuentra a -2 desviaciones estándares por debajo del promedio de la curva de referencia nacional de la Sociedad Argentina de Pediatría.
- (2) Los acortados son aquellos niños cuya estatura para su edad y sexo se encuentra a -2 desviaciones estándares por debajo del promedio de la curva de referencia nacional de la Sociedad Argentina de Pediatría.
- (3) Los emaciados son aquellos niños cuyo peso presenta un déficit de 20% o más respecto del peso de un niño de su misma estatura de la curva de referencia nacional de la Sociedad Argentina de Pediatría.

(4) Los obesos son aquellos niños cuyo peso para su estatura presenta un exceso de 20% o más respecto del peso de un niño de su misma estatura de la curva de referencia nacional de la Sociedad Argentina de Pediatría.

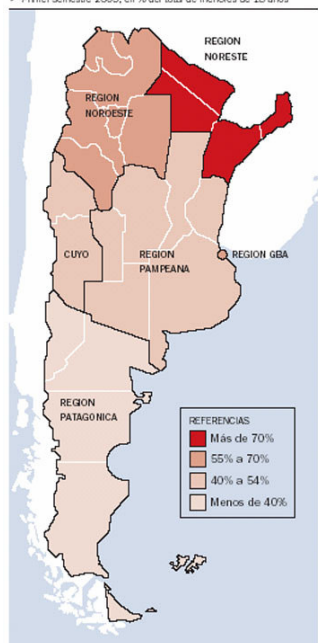
Debido principalmente al mayor número de niños y niñas en los hogares en condición de pobreza, esta afecta en mayor medida a la infancia que a otros grupos poblacionales (UIMyE-MDS del GCBA, 2007; Curcio, Jorge y Cetrángolo, Oscar, 2006; Grinspun, A., 2004; UNICEF, 2005 y 2007; SAF y UNICEF, 2002). Y esto sucede tanto a nivel nacional como en la CABA, tratándose de un fenómeno presente a nivel latinoamericano, como detalla el informe de la CEPAL y UNICEF (2002) “La Pobreza en América y el Caribe aún Tiene Nombre de Infancia”. Asimismo, nuevamente se reiteran las disparidades geográficas.

El mapa de la desigualdad

► Datos de la Encuesta Permanente de Hogares (26 aglomerados urbanos que abarcan aproximadamente el 60% de la población del país).

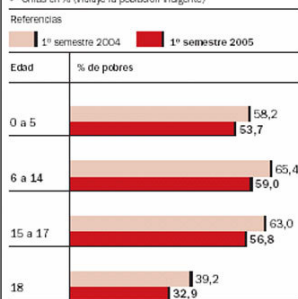
NIÑOS Y ADOLESCENTES POBRES

► Primer semestre 2005, en % del total de menores de 18 años



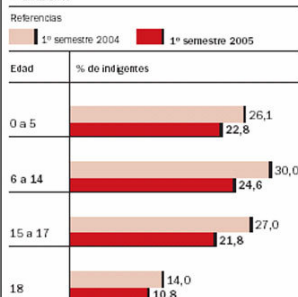
POBREZA, SEGUN EDAD

► Cifras en % (incluye la población indígena)



INDIGENCIA, SEGUN EDAD

► Cifras en %



“Cuando la pobreza abrumba a una familia, los más jóvenes son los más afectados y los más vulnerables, pues esta situación pone en peligro sus derechos a la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo” (UNICEF, 2001, Pág 34). Las consecuencias son múltiples. “La pobreza puede causar daños irreparables en las mentes y los cuerpos infantiles y debilitar su desarrollo. Los niños y las niñas pobres no pueden disfrutar vidas plenas y productivas. Más tarde, como padres y madres, suelen transmitir la pobreza a la generación siguiente, en un ciclo vicioso.... Dado que las bases de la salud y el bienestar de una persona se establecen durante los primeros años de vida, la primera infancia es el momento más oportuno para quebrar el ciclo de la pobreza. De este modo, la financiación del desarrollo debe encaminarse a que los niños y las niñas tengan un comienzo saludable en la vida” (UNICEF, 2002; pág.5).

FUENTE: UNICEF en base a datos del 1er semestre 2005, EPH/INDEC

En este sentido cobra relevancia considerar que la Argentina todavía está lejos de cumplir la primera meta del ODM1 de erradicar la pobreza extrema para el año 2015 (Cruces, Epele y Guardia, 2008; Cicowiez, Di Gresia y Gasparini, 2007; y CEPAL, 2008). Si bien se destaca que Argentina ha sido el país de la región latinoamericana que mayores avances ha tenido en la reducción de la tasa de pobreza, comparando las mediciones efectuadas entre 2002 y 2006, en la reducción de la pobreza extrema le resta más de 60% de avance para llegar a la meta (CEPAL, 2008). Es más, Cicowiez, Di Gresia y Gasparini (2007) sostienen que a pesar de que el país está dejando atrás una severa crisis y que se espera que la pobreza continúe cayendo en los próximos años, alcanzar el ODM 1 en 2015 parece improbable. Simulaciones realizadas en el trabajo de los autores muestran que alcanzar dicha meta demandaría un gasto público adicional al que cabría esperar de mantenerse las tendencias observadas durante los últimos años. En ninguno de los escenarios simulados se alcanzaría la meta de pobreza del ODM 1. Este déficit es producto principalmente de los niveles de pobreza altos en la situación de partida de las simulaciones, como consecuencia de la evolución creciente de la pobreza en Argentina en el período bajo

análisis. No obstante, en los últimos años Argentina se ha movido en dirección de un sistema de transferencias monetarias condicionadas focalizadas que puede contribuir significativamente en acelerar la convergencia hacia el ODM 1.

Junto a la pobreza, la desigualdad social también afecta en mayor medida a las niñas y los niños (UIMyE - MDSGCBA, 2007¹²). Diversos análisis señalan también que la pobreza se encuentra asociada a un problema distributivo, y esta situación se hace presente en la Ciudad, en la Provincia de Buenos Aires, en Argentina y es un fenómeno que caracteriza a la región latinoamericana, la más desigual del mundo (Golbert, 2005; CEPAL, 2008).

Asimismo resalta Filgueira (2007) que esta desigualdad tiene su correlato en la pauta dual en las transiciones familiares a la que se asiste: solo en los sectores medios y altos se constataría la consistencia emancipatoria de la mujer: menos hijos, postergación de la fecundidad, ingreso pleno al mercado laboral, mayor divorcialidad, mayor mono parentalidad que en el pasado y mayor número de uniones libres que en el pasado, mientras por su parte en los sectores bajos, las asincronías en el proceso de transformación familiar presentarían una pauta inconsistente y notoriamente más vulnerable: resistencia a la caída de la fecundidad, resistencia a la postergación del embarazo, ingreso precario y a menores tasas en el mercado laboral, mayor divorcialidad, mono parentalidad y uniones libres. Así la combinación de una alta carga reproductiva con una menor presencia estable de dos adultos en el hogar estaría colocando a estos sectores, y especialmente a sus mujeres y niños en una situación de alto riesgo social. Los efectos de estas transformaciones sobre la trampa intergeneracional de la pobreza y sobre la exclusión y cohesión social son de enorme magnitud. A estos procesos se suma el ya mencionado ingreso de la mujer en el mercado laboral, con acceso a mejores posiciones en los sectores medios y altos que en los sectores de menores ingresos y capital humano.... Existe una proporción importante de mujeres y niños que enfrentan nuevos tipos de riesgos y vulnerabilidades: la separación de los adultos y el ingreso de la mujer al mercado laboral tensiona una forma primordial de protección del pasado, que estructuraba y se estructuraba sobre la relación de dominación patriarcal y sus correlatos familiares, estatales y de mercado de empleo.... En los sectores de menores ingresos los riesgos sociales crecen sin respuestas de mercado, familia o estado... Además de la apuesta en materia de servicios, abogarse por un incremento en las transferencias monetarias a las familias con hijos, la apuesta de inversión para enfrentar esta nueva estructura de riesgos debiera estar colocada en los servicios educativos. Las transformaciones en las familias y la asistencia a un estado social que el autor define como "universalismo estratificado"¹³ completa la necesidad de avanzar en el desarrollo de políticas que atiendan a la situación social de la primera infancia y junto a ellos sus madres.

¹² Unidad de Información, Monitoreo y Evaluación (UIMyE). Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires- en base a la EAH 2006 - DGEyC.

¹³ "Cerca de los años setenta, la mayor parte de la población se encontraba cubierta por los sistemas de protección en salud, educación y seguridad social. Pero dicha protección, con excepción de la educación, tendía a ser claramente estratificada, accediendo los grupos y sectores más poderosos política y económicamente a los más tempranos, mejores y más variados beneficios. El modelo que reflejaba era el de Europa continental de tradición corporativa conservadora: estratificado, apoyado en el empleo formal, orientado en materia de seguridad social al jefe de familia y desde allí a su familia y futuro, y con fuertes privilegios para los trabajadores del Estado. Dada la evolución de la estructura de riesgo de estos países en las últimas décadas, esta arquitectura de bienestar, empieza a hacer agua por diversas razones. Son estos los países que en términos relativos más han sufrido los procesos de precarización e informalidad en el empleo en forma combinada con los mayores aumentos del desempleo, por la simple razón de que eran ellos (especialmente Uruguay y Argentina) los que presentaban, sobre todo en sus grandes urbes, los mercados laborales más cercanos al pleno empleo y más formalizados. Pero, además, estos países también inician más tempranamente su segunda transición demográfica incrementando la participación de la mujer en el mercado laboral, la divorcialidad y los nuevos tipos de hogar, especialmente las uniones libres y la monoparentalidad. Uruguay y Argentina como ningún otro caso representan el auge y caída del modelo corporativo estratificado, de urbanización

El derecho a la educación en la Primera Infancia

Al igual que en la CABA, en la educación se presenta un recorte sustantivo de los derechos a la niñez en Argentina y en especial en la Provincia de Buenos Aires.

El estado nacional y las provincias garantizan la Educación Inicial por la importancia que tiene para la sociabilización, el desarrollo intelectual, psíquico y físico y la adquisición de aprendizajes sociales, culturales, emocionales. El acceso a la educación en esta primera etapa de la vida de los niños constituye un derecho fundamental y representa una posibilidad irrepetible puesto que es el único nivel educativo que no puede hacerse a cualquier edad.

La educación inicial comprende dos períodos: el jardín maternal de 45 días a 2 años que es optativo y el jardín de infantes que es obligatorio para niños de 3 a 5 años. Ley Federal de Educación garantiza la educación pública en el nivel inicial mediante la prestación del servicio y establece la obligatoriedad para los niños de 3 a 5 años. Sin embargo, este derecho no se encuentra suficientemente garantizado por la falta de inversión estatal.

Mientras la asistencia a la educación formal entre los niños de 6 a 13 años es prácticamente total en el país, entre los niños que tienen entre 3 y 5 años esta situación no es tal. A menor edad es menor la asistencia y se asocia a la no obligatoriedad del nivel antes de los 5 años y a la menor oferta, que en su mayoría es de gestión privada. Los factores que en mayor medida explican la no asistencia entre los niños de 3 y 4 años son la combinación de edad, condición de pobreza y oferta educativa.

No obstante, la asistencia de los niños de 3, 4 y 5 años en la CABA es mayor que a nivel nacional y también en relación a la Provincia de Buenos Aires aunque con menor contraste respecto a las tasas nacionales.

moderna, de familia nuclear biparental estable y, con ello, el mayor desajuste entre su estructura de riesgos actual y su vieja arquitectura de bienestar"... sociedades urbanizadas, desiguales, movilizadas y que conocieron un importante nivel de protección social, se ven jaqueadas por las nuevas tensiones desarrollistas y su combinación con lo legados históricos del desarrollo del viejo modelo (Filgueira, 2007; Pág 20 y 21).

Tasa de asistencia de la población de 3, 4 y 5 años, por provincia. Total del país. Año 2001

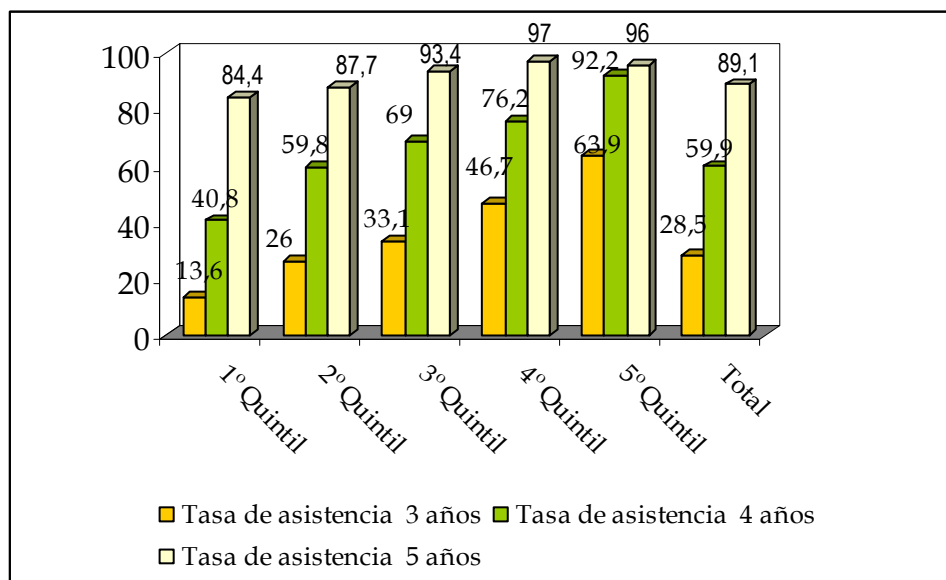
Provincia	Tasa de asistencia		
	3 años	4 años	5 años
Total del país	29,9	48,2	78,8
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	64,3	85,1	94,3
24 partidos del Gran Buenos Aires	37,4	61,2	80,5
Resto de Buenos Aires	48,4	76,1	89,4
Buenos Aires	41,4	66,6	83,7
Catamarca	16,0	26,3	69,0
Chaco	10,8	18,9	61,5
Chubut	22,8	40,5	77,7
Córdoba	27,6	50,2	85,9
Corrientes	15,4	24,7	70,9
Entre Ríos	23,3	37,8	77,3
Formosa	10,4	16,9	65,6
Jujuy	15,7	25,2	70,7
La Pampa	16,7	21,6	68,2
La Rioja	24,2	41,5	80,4
Mendoza	17,4	23,6	69,9
Misiones	11,1	14,4	60,7
Neuquén	24,1	42,1	80,2
Río Negro	24,2	42,8	80,7
Salta	13,7	19,9	66,8
San Juan	15,9	22,5	70,7
San Luis	19,5	42,7	81,2
Santa Cruz	25,5	59,0	93,6
Santa Fe	33,8	58,5	87,1
Santiago del Estero	17,0	37,1	68,8
Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur	38,6	73,6	96,5
Tucumán	17,4	24,1	71,4

Nota: Tasa de asistencia: se calcula como el cociente entre la población que asiste a un establecimiento educativo de cada grupo de edad y la población total del mismo grupo de edad, por cien.

Fuente: INDEC, Dirección Nacional de Estadísticas Sociales y de Población. Procesamientos especiales de la dirección de Estadísticas Sectoriales en base a información derivada del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001

Los niños no escolarizados viven mayoritariamente en hogares en situación vulnerable, con alta incidencia de la pobreza. Asociada a la mayor pobreza de estos hogares, también se encuentra que son de mayor tamaño y con altos niveles de desocupación entre sus jefes.

Tasa de asistencia de la población de 3, 4 y 5 años según quintil de ingreso per cápita familiar (1). Total de aglomerados urbanos. Segundo semestre 2005.



(1) Cada quintil agrupa el 20% de la población, se ordenan de menor (quintil 1) a mayor ingreso (quintil 5). *Ingreso per cápita familiar* es el promedio de ingresos por persona del hogar.

Notas: Tasa de asistencia: se calcula como el cociente entre la población que asiste a un establecimiento educativo de cada grupo de edad y la población total del mismo grupo de edad, por cien.

Fuente: Elaboración propia en base a INDEC. Dirección Nacional de Estadísticas Sociales y de Población. Procesamientos especiales de la Dirección de Estadísticas Sectoriales en base a la Encuesta Permanente de Hogares, (EPH).

Pese a que Argentina no realizó progresos entre 1990 y 2005, en el ODM 2 (Cicowiez, Di Gresia y Gasparini, 2007; Cruces, Epele y Guardia, 2008) el país prácticamente ha alcanzado la meta de educación primaria universal y plena alfabetización, la equidad de género se refleja en todos los niveles de enseñanza (CNCPS, 2006), cobran relevancia los aspectos vinculados a la calidad de la educación primaria, la segregación educativa, y el acceso a los niveles pre-escolar, secundario y terciario (Cicowiez et al., 2007; UNESCO-OREALC, 2004). Otro aspecto a considerar se relaciona con las importantes desigualdades que aun persisten a nivel regional y que refuerzan la correlación negativa entre educación y pobreza. Del mismo modo, se registran diferencias significativas sobre el nivel educativo promedio alcanzado por la población entre los distintos deciles de la distribución del ingreso (Cruces, Epele y Guardia, 2008).

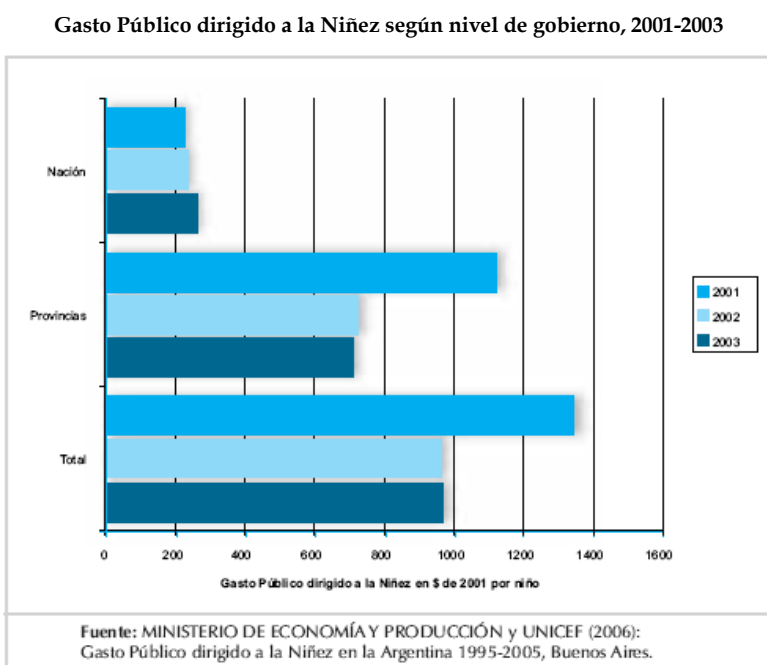
Lo destacado por Morasso Maria del Carmen (2005) respecto a la garantía de los derechos de la primera infancia en Argentina suministra una síntesis señalando que “el país ha avanzado en preservar la vida de los niños: las oportunidades de vida a todos los niños cuyas muertes pueden ser evitadas ha aumentado y la seguridad alimentaria de los hogares y la nutrición de los más pequeños es abordada por programas nacionales, particularmente luego de la dura crisis que sacudió a la familia argentina. Sin embargo, estos esfuerzos requieren ser complementados con la atención simultánea a todas las dimensiones del desarrollo infantil, si se quiere lograr en los años próximos el objetivo de integralidad que fue comprometido junto con la comunidad internacional en la Asamblea de las Naciones Unidas. Por cierto, la característica multidimensional del desarrollo infantil temprano exige una expresa concertación de las políticas universales, estrategias, programas y acciones de protección a la familia, de cuidado de

la salud, de fomento de la educación, así como de las políticas de protección especial para los grupos más vulnerables” (Morasso, 2005; Pág. 5).

La inversión social en la infancia

La evolución del Gasto Público Social (GPS) en Argentina ha estado afectada por la gran volatilidad económica. Más allá de las fluctuaciones se distingue un patrón creciente desde principios de los ochenta, interrumpido por las grandes crisis macroeconómicas. En particular, desde la declaración de los ODM el gasto social aumentó, tanto como porcentaje del PBI como en pesos constantes, hasta la reciente crisis. La devaluación contrajo fuertemente el gasto real, que se ha recuperado algo en los últimos años (Cicowicz, Di Gresia y Gasparini, 2007).

Los análisis señalados sobre el gasto social destinado a la infancia (Curcio y Cetrángolo, 2006; UNICEF y Ministerio de Economía y Producción de la Nación, 2006), destacan que tras la fuerte caída en el gasto social con el fin de la convertibilidad se registró un desempeño desigual en los diferentes niveles del gobierno. Mientras el gasto nacional dirigido a la niñez aumentó constantemente, superando los niveles previos a la crisis, debido en gran parte a la implementación del Plan Jefas y Jefes de Hogar Desocupados y otros programas sociales de emergencia, la inversión a nivel provincial se estancó en términos reales y no experimentó un aumento significativo (a precios constantes), según los últimos datos disponibles correspondientes a 2004.



Según permiten destacar los datos del análisis de UNICEF y Ministerio de Economía y Producción de la Nación (2006), en un país donde muchas de las políticas y de los programas dirigidos a la infancia son responsabilidad de los gobiernos provinciales - en 2004 las provincias ejecutaron 18.329 millones de pesos en programas para la infancia y adolescencia, lo que equivale al 74,4% del gasto total dirigido a este grupo especialmente vulnerable -, los recursos fiscales que disponen las mismas para hacerlo son muy dispares: mientras la Ciudad dispone de \$2.248.3 anual para invertir por niña/o, en la Provincia de Buenos Aires esta posibilidad se reduce a la mitad, contando con una inversión anual de \$1075 por niña/o. Estas diferencias se

explican, en parte, por el reparto desequilibrado de recursos de la coparticipación federal de impuestos, y repercuten directamente sobre la inversión en infancia. Ante esta diferencia entre la inversión social que la CABA y la Provincia de Buenos Aires realizan por niño, resulta inmediata la vinculación con los indicadores sociales que respectivamente se presentan en estas provincias.

No obstante, también se debe resaltar que los gobiernos provinciales tienen un poder de decisión fundamental a la hora de destinar sus recursos públicos. Allí las diferencias entre la CABA y la Provincia de Buenos Aires no son pronunciadas, y son las provincias del país que mayor porcentaje de su presupuesto destinan a la atención de la infancia. No obstante si destacan diferencias con respecto a otras provincias (ver tabla).

También en la distribución de esta inversión según tipo de gasto se destacan algunas diferencias: mientras que como se señalara en la CABA más de la mitad (58.9%) del gasto social en la infancia se destina a la educación, un tercio (27.4%) a la salud, el 2.7% a obras sociales, un 7.4% a la alimentación y nutrición y un 3.5% del total se distribuye entre la ayuda directa, condiciones de vida, deporte, recreación y cultura, integración desarrollo, y protección al niño; en la Provincia de Buenos Aires el porcentaje de inversión en educación es mayor (72.7%) al de la CABA y la inversión en salud prácticamente se reduce tres veces (10.7%). El 5% se destina a obras sociales y se mantienen casi los mismos valores de asignación a la alimentación y nutrición, ayuda directa, condiciones de vida, deporte, recreación y cultura, integración desarrollo, y protección al niño (UNICEF y Ministerio de Economía y Producción de la Nación, 2006).

CUADRO 15: GASTO PÚBLICO PROVINCIAL DIRIGIDO A LA NIÑEZ, 2001-2003

Provincia	2001				2002				2003			
	En millones de \$	En \$ por niño	En % del GTP	En % del GPSP	En millones de \$	En \$ por niño	En % del GTP	En % del GPSP	En millones de \$	En \$ por niño	En % del GTP	En % del GPSP
CABA	1.326,2	2.059,8	39,3	50,6	1.337,3	2.071,7	42,1	52,3	1.455,2	2.246,3	38,5	47,9
Buenos Aires	4.511,0	1.029,0	39,5	68,9	4.338,5	989,1	41,0	70,1	4.714,4	1.074,5	38,8	68,3
Catamarca	181,3	1.378,7	31,4	64,9	185,2	1.388,9	35,0	65,4	218,9	1.620,3	35,4	68,1
Córdoba	1.141,9	1.161,1	38,2	73,5	1.049,3	1.072,3	38,8	71,4	1.159,4	1.190,6	38,5	71,5
Corrientes	311,5	828,2	37,9	70,4	297,5	792,9	40,6	71,4	341,5	912,7	39,4	71,0
Chaco	374,5	905,1	31,9	66,9	380,9	926,2	36,5	70,2	430,6	1.053,8	32,9	67,3
Chubut	216,5	1.410,7	34,4	65,9	237,0	1.547,6	31,8	63,7	328,2	2.148,4	31,6	64,9
Entre Ríos	445,0	1.089,8	33,0	68,2	450,7	1.107,4	39,2	70,0	475,1	1.171,7	34,7	67,3
Formosa*	220,2	1.035,3	29,0	69,2	218,4	1.024,6	33,7	71,1	247,4	1.159,8	31,2	68,1
Jujuy	257,2	1.034,2	32,6	70,6	261,5	1.051,3	37,6	76,7	308,7	1.240,6	37,1	73,7
La Pampa	165,0	1.628,7	25,0	54,7	184,9	1.826,5	32,6	58,5	206,3	2.041,1	28,2	46,4
La Rioja	187,7	1.659,4	29,6	64,1	185,5	1.624,6	31,5	65,2	197,8	1.716,7	29,5	61,3
Mendoza	530,8	973,3	34,1	66,8	515,3	944,7	34,5	69,5	613,5	1.124,9	32,4	68,3
Misiones	280,4	665,1	31,6	72,2	285,8	675,0	34,5	72,7	333,2	784,5	31,2	72,0
Neuquén	446,3	2.448,7	35,5	66,1	477,4	2.613,5	33,5	62,5	647,4	3.539,8	31,8	60,2
Río Negro	262,4	1.257,8	33,3	68,5	253,1	1.224,5	34,0	63,5	293,7	1.435,9	32,8	62,7
Salta	299,0	665,0	30,1	58,7	303,9	671,5	34,1	63,1	359,6	789,2	31,5	62,8
San Juan	265,2	1.169,8	31,3	61,4	253,8	1.111,7	34,3	65,2	277,1	1.205,2	34,9	62,9
San Luis	220,4	1.639,4	28,8	56,1	228,4	1.665,1	28,3	51,6	247,2	1.768,4	33,6	51,2
Santa Cruz*	238,2	3.238,9	31,2	65,6	235,1	3.158,3	28,9	60,2	298,1	3.963,4	24,1	60,4
Santa Fe	1.036,6	1.072,5	40,5	73,8	1.052,1	1.096,2	40,8	73,4	1.228,7	1.289,3	39,4	69,6
Sgo del Estero	262,1	785,8	33,4	58,7	249,1	752,3	29,6	52,8	273,2	830,7	32,3	59,9
Tierra del Fgo	124,0	3.172,0	26,5	54,3	112,8	2.812,5	25,9	57,2	143,9	3.504,1	26,9	49,8
Tucumán	397,9	798,3	32,1	69,2	402,0	804,6	33,5	69,2	448,0	894,4	33,0	70,3
Total General	13.701,1	1.118,5	36,0	65,7	13.495,6	1.101,8	37,5	66,1	15.247,4	1.245,1	35,6	64,0

(*) Datos estimados

Nota: El Gasto Público Total y Social Provincial excluyen el gasto en Previsión social. Esto permite hacer comparaciones entre provincias.

Fuente: Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales.

Que la infancia esté en agenda significa, entre otras cosas, destinar suficientes recursos públicos y distribuirlos equitativamente. Para ello, es necesario, por un lado, que los gobiernos nacional y provinciales prioricen la inversión destinada a los niños, niñas y adolescentes. Por otro lado, es

imperioso mejorar la equidad en la distribución de los ingresos entre Nación y provincias primero y entre las provincias después. Destacan Curcio y Cetrángolo (2006) que existe una serie de desafíos importantes que el gobierno debe enfrentar para poder garantizar el pleno desarrollo de todas las niñas y niños en el país: promover el crecimiento económico estable y equitativo; garantizar el acceso equitativo a servicios sociales de buena calidad, contar con un gasto social suficiente y estable. En este sentido, “un incremento considerable del gasto social dirigido a la niñez es necesario, sobre todo en las jurisdicciones provinciales, para avanzar en términos reales. Además, los distintos niveles de gobierno deberían establecer un presupuesto de mayor previsibilidad para evitar interrupciones indeseadas y disponer recursos fiscales suficientes dirigidos a la infancia, que garanticen el cumplimiento de todos sus derechos. Una verdadera mejora del bienestar de los niños va más allá de la recuperación del empleo y de las remuneraciones reales. El Estado argentino debe aumentar la inversión en los servicios públicos de educación y salud con especial énfasis en reducir las desigualdades regionales existentes para garantizar que en el futuro el pleno cumplimiento de sus derechos llegue a ser una realidad para todos las niñas, niños y adolescentes del país” (Curcio y Cetrángolo, 2006; Pág.11).

“Para quebrar los ciclos de pobreza, violencia y enfermedad, es preciso intervenir tempranamente en la vida; cuanto antes, mejor. Los programas de desarrollo del niño en la primera infancia son la clave de una vida plena y productiva para el niño y del progreso de un país. Así como la democracia es el preludio del desarrollo humano, los niños saludables – saludables en todo el sentido de la palabra – son fundamentales para el desarrollo de un país. El peso acumulativo de las disparidades perpetuadas dentro de un país desestabiliza ese país, aun cuando aparentemente sea fuerte. Y la falta de equidad dentro de cualquier país perturba el equilibrio entre distintos países: los niños pobres, desnutridos y con salud deficiente redundan en Estados pobres e inermes que quedan a merced de otros Estados más fuertes” (UNICEF, 2001, Pág. 43).

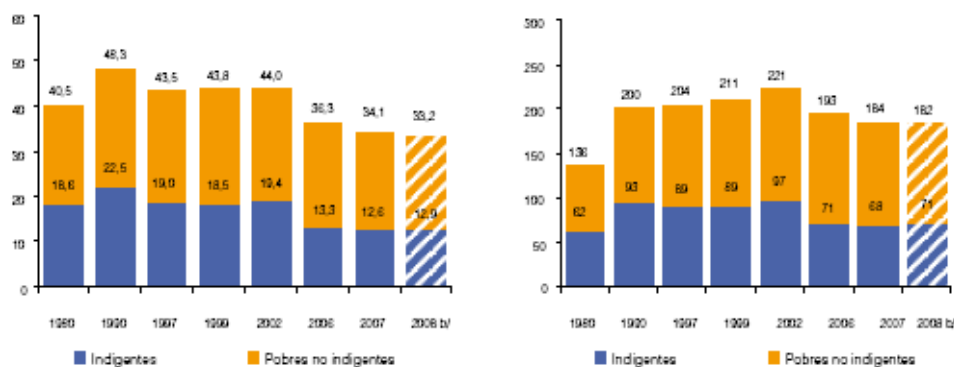
Muchas de las disparidades presentes en Argentina se perpetúan en los países de América Latina, y si bien el país se encuentra ubicado entre los países de América Latina con mejores indicadores sociales, a su vez, muestra un rezago en la consecución del ODM1 de erradicar la pobreza extrema, base para evitar la reproducción intergeneracional de la pobreza que en mayor medida afecta a la primera infancia.

II.4. El contexto internacional: la situación social de la Primera Infancia en América Latina

La edición 2008 del Panorama Social para América Latina de la CEPAL destaca que en 2007 un 34,1% de la población se encontraba en situación de pobreza. Por su parte, la extrema pobreza o indigencia abarcaba a un 12,6% de la población. Así, el total de pobres alcanzaba los 184 millones de personas, de las cuales 68 millones eran indigentes. También se señala que continuó la tendencia descendente desde 2002, con caídas que significaron 37 millones menos de pobres y 29 millones menos de indigentes. Sin embargo, el alza del precio de los alimentos de 2007 (y parte de 2008) habría impedido que ese año unos 4 millones de personas saliesen de la situación de pobreza e indigencia, contrarrestando parcialmente los avances logrados en términos de crecimiento y distribución de los ingresos. A futuro se espera contramarchas en la evolución de la pobreza e indigencia en América Latina. Como se señalara en la introducción, tanto el Estudio económico de América Latina y el Caribe, 2007-2008 como en el Panorama de la inserción internacional de América Latina y el Caribe, 2007. Tendencias 2008 de la CEPAL, señalan que la

región no resultará inmune a la crisis. No obstante, se encuentra en mejores condiciones para enfrentarla que en otras coyunturas.

AMÉRICA LATINA: EVOLUCIÓN DE LA POBREZA Y DE LA INDIGENCIA, 1980-2008 a/
(En porcentajes y millones de personas)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

a/ Estimación correspondiente a 18 países de la región más Haití. Las cifras colocadas sobre las secciones superiores de las barras representan el porcentaje y número total de personas pobres (indigentes más pobres no indigentes).

b/ Proyecciones.

Como se observa en la tabla Argentina ha sido uno de los países donde más se redujo la pobreza e indigencia entre 2002-2006. Chile (13.7%), Uruguay (18.8%), Costa Rica (19%) y Argentina (21%) se encuentran entre los países de Latinoamérica que presentan para el 2006 las menores tasas de pobreza. Mientras en Honduras (71.5%), Bolivia (63.9%), Nicaragua (61.9%) y Paraguay (60.5%) registran los mayores niveles de pobreza.

AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): PERSONAS EN SITUACIÓN DE POBREZA E INDIGENCIA, ALREDEDOR DE 2002, 2006 Y 2007
(En porcentajes)

País	Alrededor de 2002		Alrededor de 2006		2007				
	Año	Pobreza	Indigencia	Año	Pobreza	Indigencia	Año	Pobreza	Indigencia
Argentina a/	2002	45,4	20,9	2006	21,0	7,2	...	...	...
Bolivia	2002	62,4	37,1	2004	63,9	34,7	2007	54,0	31,2
Brasil	2001	37,5	13,2	2006	33,3	9,0	2007	30,0	8,5
Chile	2000	20,2	5,6	2006	13,7	3,2	...	...	...
Colombia	2002	51,5	24,8	2006	46,8	20,2	...	...	...
Costa Rica	2002	20,3	8,2	2006	19,0	7,2	2007	18,6	5,3
Ecuador a/	2002	49,0	19,4	2006	39,9	12,8	2007	38,8	12,4
El Salvador	2001	48,9	22,1	2004	47,5	19,0	...	...	...
Guatemala	2002	60,2	30,9	2006	54,8	29,1	...	...	...
Honduras	2002	77,3	54,4	2006	71,5	49,3	2007	68,9	45,6
México	2002	39,4	12,6	2006	31,7	8,7	...	...	...
Nicaragua	2001	69,4	42,5	2005	61,9	31,9	...	...	...
Panamá	2002	36,9	16,6	2006	29,9	14,3	2007	29,0	12,0
Paraguay	2001	61,0	33,2	2006	60,5	32,1	2007	60,5	31,6
Perú b/	2001	54,7	24,4	2006	44,5	16,0	2007	39,3	13,7
Rep. Dominicana	2002	47,1	20,7	2006	44,5	22,0	2007	44,5	21,0
Uruguay a/	2002	15,4	2,5	2005	18,8	4,1	2007	18,1	3,1
Venezuela (Rep. Bol. de)	2002	48,6	22,2	2006	30,2	9,9	2007	28,5	8,5

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

a/ Áreas urbanas.

b/ Cifras del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del Perú. Estos valores no son comparables con los de años anteriores debido al cambio del marco muestral de la encuesta de hogares. Asimismo, las cifras de 2001 se refieren al cuarto trimestre, mientras que las de 2006 y 2007 se refieren al año completo.

La primera infancia, desproporcionadamente pobre en América Latina

Al igual que en la CABA y la Provincia de Buenos Aires, en los países de América Latina la infancia es la más afectada por esta situación. El ingreso medio de cada país y las disparidades en su distribución entre los distintos estratos de la población contribuyen a configurar los niveles nacionales de pobreza. Dentro de cada hogar resulta determinante la situación de empleo de su jefe y de los contribuyentes secundarios. Entre otros factores, también influye en este indicador la relación entre los miembros de hogar que aportan sus ingresos y los dependientes, como la población infantil y los adultos mayores. Así, se comprueba que los hogares con más niños son más pobres, y los hogares más pobres son los que más niños tienen (CEPAL y UNICEF, 2002). En 1999, por ejemplo, la proporción de los niños de 0 a 12 años en situación de pobreza resultó ser de 59% (51% en las ciudades y 80% en el campo), más alta que el promedio regional de 48%. Durante la última década hubo una pequeña disminución del número de infantes de 0 a 5 años en situación de pobreza (de 37.4 millones en 1990 a 35.6 millones en 1999). En cambio, se registró un aumento (de 41.6 millones en 1990 a 43.7 millones en 1999) de la pobreza en el grupo etario de 6 a 12 años y un incremento mayor (de 31.5 millones a 34.8 millones entre los mismos años) de adolescentes pobres de 13 a 19 años (CEPAL y UNICEF, 2002).

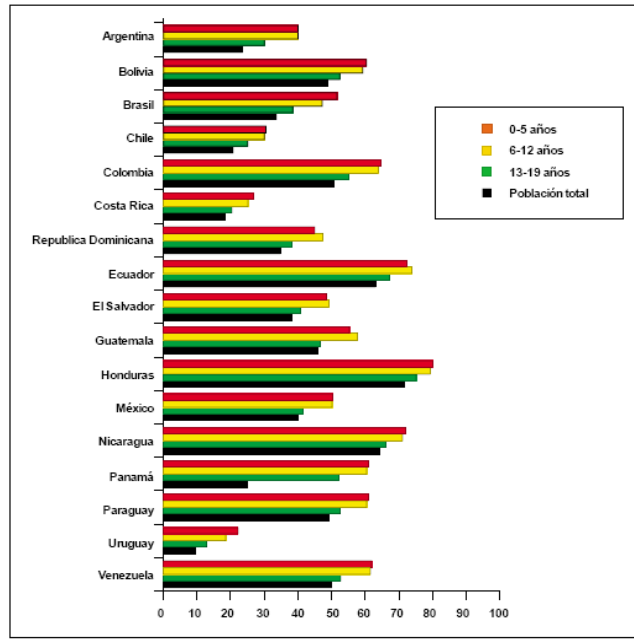
AMÉRICA LATINA: INCIDENCIA DE LA POBREZA, POR GRUPOS DE EDAD			
	Regional	Urbano	Rural
	Porcentajes (1999)		
Población total	44	37	64
0-12 años	59	51	80
13-19 años	51	43	74
20 y más años	35	30	52
	Millones de personas (estimación a 2002) a/		
Población total	220	140	80
0-12 años	82	50	32
13-19 años	36	23	13
20 y más años	102	67	35

Fuente: CEPAL, sobre la base de la encuesta de hogares de los países. Véase en CEPAL y UNICEF, 2002.

a/ Cifras estimadas a 2002, sobre la base de la incidencia de pobreza de 1999.

La incidencia de la pobreza en la infancia varía enormemente de un país a otro. Así, Uruguay, Costa Rica, Argentina, Chile y Cuba se cuentan entre los de menor incidencia, y en el otro extremo, se ubican Honduras, Nicaragua y Ecuador.

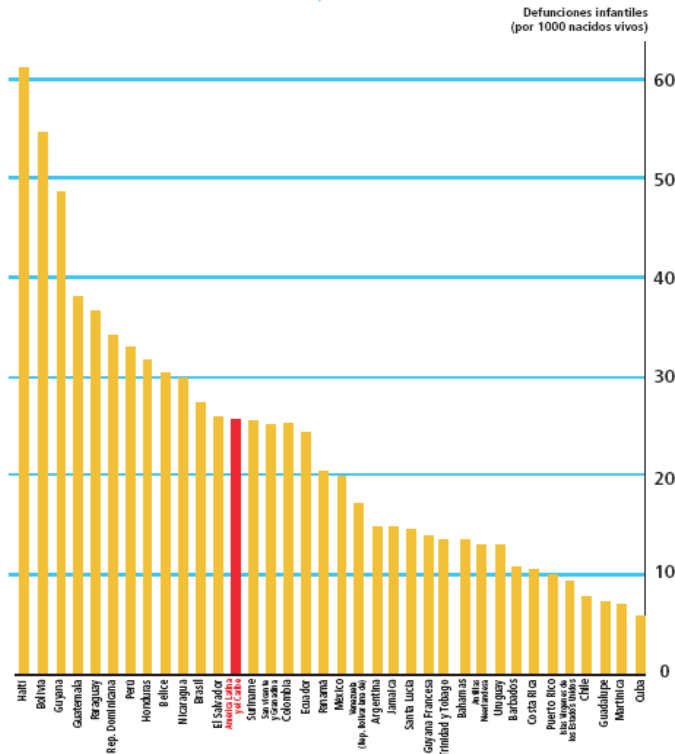
América Latina (17 países): Incidencia de la pobreza urbana por grupos de edad, 1999 (Porcentajes)



Fuente: CEPAL, *Panorama social de América Latina, 1999-2000*

También ello se expresa en las tasas de mortalidad infantil y de mortalidad materna, destacándose que Argentina también se ubicaba en el año 2000 entre los tres mejores países de América Latina (CEPAL y Naciones Unidas, 2005).

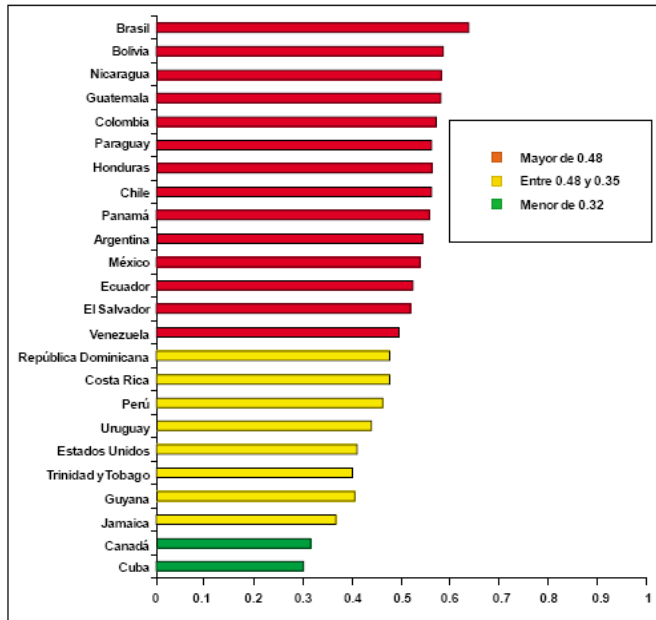
**América Latina y el Caribe (35 Países y Territorios):
Situación de la mortalidad infantil, 2003**



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2005), *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Una mirada desde América Latina y el Caribe (LC/G.2331)*, Cap. V, Gráfico V.1, Santiago de Chile, CEPAL.

Entre los factores asociados con la reducción de la pobreza la CEPAL (2008 y 2002) destaca que la región sigue cargando con el estigma de ser la más desigual del mundo y persiste una notable disparidad distributiva, ya que el ingreso medio por persona de los hogares ubicados en el décimo decil supera por alrededor de 17 veces al del 40% de los hogares más pobres.

América Latina y el Caribe (23 países): Distribución del ingreso, 1999-1998 (Coeficiente Gini)



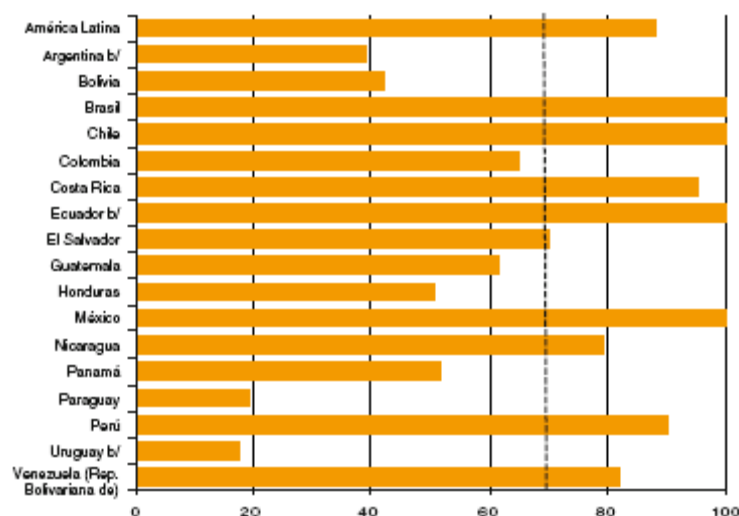
América Latina (22 países): Distribución del ingreso, 1989-1998 (Coeficiente Gini)



Fuente: CEPAL, *Panorama social de América Latina, 2000-2001*; PNUD, *Informe del Desarrollo Humano, 2001*, y Cuba, fuente nacional. Véase en CEPAL y UNICEF, 2002.

Pese a presentar Argentina una situación favorable con respecto a los países de la región, se encuentra entre los países que muestran un rezago en su marcha hacia la consecución del ODM1 de erradicar la pobreza. Otros países han alcanzado esta meta, como Brasil, Chile, Ecuador (datos de áreas urbanas) y México, a los que se podría sumar Costa Rica, que presenta un 95% de avance. Colombia, El Salvador, Nicaragua, Perú y Venezuela han avanzado a un ritmo similar o superior al esperado, con porcentajes de progreso de entre un 65% y un 90%. Las mayores brechas entre la situación actual y el umbral propuesto, en términos absolutos, se observan en Bolivia, Guatemala, Honduras y Paraguay, donde bordean o superan los 12 puntos porcentuales (CEPAL, 2008).

AMÉRICA LATINA (17 PAÍSES): AVANCE EN LA REDUCCIÓN DE LA POBREZA EXTREMA ENTRE 1990 Y 2007 a/
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

a/ El porcentaje de avance se calcula dividiendo la reducción (o aumento) de la indigencia en puntos porcentuales observada en el período por la mitad de la tasa de indigencia de 1990. Las líneas punteadas representan el porcentaje de avance esperado hasta 2007 (68%).

b/ Áreas urbanas.

La crisis financiera internacional y la consiguiente desaceleración de la economía mundial tendrían efectos sobre los niveles de pobreza, lo que siembra dudas sobre la factibilidad de alcanzar la meta fijada para 2015. Como se señaló, para 2009 cabría prever una elevación moderada de la pobreza y la indigencia. De este modo, si bien el país se encuentra en una situación relativamente ventajosa en relación a otros países de la región, todavía está lejos de cumplir con las metas propuestas en la declaración del Milenio, en especial en relación a la primera meta del ODM1 de reducir a la mitad la pobreza para el año 2015. Es indudable que el crecimiento económico y el gasto público, en particular las transferencias directas a los hogares pobres, tienen un papel preponderante para lograr el cumplimiento de estos objetivos tal como señalan los diversos analizados precitados.

II.5. Recapitulando

1. En este apartado en base a una revisión bibliográfica se abordaron las principales dimensiones de la situación social de la primera infancia en la CABA, retroalimentando su estudio con una perspectiva comparada con la situación presente en la Provincia de Buenos Aires y a nivel nacional.
2. Tres aspectos centrales sobresalieron:
 - Pese a que el peso relativo de los niños en la Ciudad de Buenos Aires es bajo, la inversión en este grupo etáreo es crucial para mejorar la calidad de vida y evitar la reproducción de la pobreza.
 - Aunque la situación de la infancia es mejor en la CABA y junto con Buenos Aires son las provincias que más invierten (destinan el mayor porcentaje de gasto social a la infancia) en este grupo etáreo, continúa siendo un desafío central el hecho de que en la región más próspera del país miles de niños vivan en situación de vulnerabilidad.

Esta situación surge de las brechas existentes entre la realidad y lo establecido en la Convención de los Derechos del Niño y los Objetivos del Desarrollo del Milenio.

- Por último, las brechas entre los niños pobres y no pobres en la CABA son las mayores del país. Los indicadores sociales en la zona sur de la CABA son similares a los presentes en el GBA y a nivel nacional.
3. Las brechas existentes entre la realidad y la Convención de los Derechos del Niño y los Objetivos del Desarrollo del Milenio establecen la necesidad de profundizar el desarrollo de políticas públicas a favor de la primera infancia. En este sentido, y como señala Larrain (en Arraigada, I. CEPAL, 2005), "los desafíos centralmente se encuentran en que los actuales procesos de adecuación de políticas de infancia deben ser parte de las estrategias de renovación de las políticas de bienestar e inclusión social para todas las personas y no sólo respuestas para situaciones de riesgo y exclusión disociadas de las políticas universales".
 4. En su conjunto la evidencia y argumentos reseñados acentúan que en la CABA se requiere avanzar en el incremento de la inversión social y el desarrollo de políticas sociales que orientadas a favor primera infancia, sitúen a la equidad en el centro de sus diseños. Las políticas sociales de transferencias de ingresos se constituyen en una alternativa a este respecto. Y es en este marco que el proceso de incidencia de la Fundación Siena adquiere una presencia destacada al colaborar en el diseño e implementación de una política de ingresos que a favor de la primera infancia desarrolle el MDS de la Ciudad.

III. Políticas sociales de ingreso a la Primera Infancia en América Latina – “best practices”

III. POLÍTICAS SOCIALES DE INGRESO A LA PRIMERA INFANCIA EN AMERICA LATINA - “BEST PRACTICES”

Al inicio de esta revisión bibliográfica refiriendo a los derechos de la primera infancia se destacaron los consensos en torno a un mundo apropiado para las niñas y los niños. A continuación, se abordaron las principales dimensiones de la situación social de la primera infancia en la CABA retroalimentando su estudio con una perspectiva comparada con la situación presente en la Provincia de Buenos Aires y a nivel nacional. En su conjunto la evidencia y argumentos reseñados permitieron acentuar la necesidad que en la CABA se tiene de avanzar en el incremento de la inversión social y el desarrollo de políticas sociales que, orientadas a favor primera infancia, sitúen a la equidad en el centro de sus diseños. Las políticas sociales de transferencias de ingresos se constituyen en una alternativa a este respecto, siendo su análisis el tema central de este último apartado.

Señala Chapman, K. -Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID)- (2006) que las transferencias sociales (condicionadas o no) son una forma de reducir la pobreza, el hambre y la desigualdad de ingresos en el corto plazo, como una forma de red de seguridad social para grupos vulnerables y quienes se encuentran en la pobreza crónica. Asimismo, permiten aumentar la demanda de servicios y reducir algunas de las barreras del lado de la demanda (en particular los costos) para el acceso a servicios básicos. Muchas de las personas más pobres del mundo no pueden utilizar los servicios de educación y salud - incluso cuando el gobierno tiene una política de servicios universales para todos sus ciudadanos-, teniendo que hacer frente los hogares en pobreza crónica a elevados costos de oportunidad. También las transferencias sociales pueden abordar algunas de las causas subyacentes de las desigualdades en los resultados sanitarios y educativos, tales como la pobreza, la exclusión y la desnutrición. Una fuente regular de ingresos destaca el autor permite a los hogares extremadamente pobres comer más alimentos con más regularidad, lo que mejora el estado nutricional. El mejoramiento de la nutrición en los niños pequeños, a su vez, beneficia a su salud, y es importante para el desarrollo cognitivo de los niños y la capacidad de beneficiarse de manera significativa en la escuela. La educación, a su vez, conducirá a niños más saludables y estos beneficios se transmiten a la generación siguiente. De este modo, las políticas de ingresos tienen el potencial de reducir la transmisión intergeneracional de la pobreza.

En la base de datos de GDNet y organizaciones asociadas se identifican una multiplicidad de estudios que refieren principalmente a las experiencias de programas de transferencias de ingresos condicionados (PTC) que en las últimas dos décadas han tenido un amplio desarrollo en los países de América Latina y el Caribe (International Poverty Centre - PNUD).

Su surgimiento responde a los vaivenes del ciclo económico y a las crisis, pero debido a los prolongados efectos negativos de estas últimas, entre otros el aumento del desempleo estructural y la persistencia de la pobreza, se han ido convirtiendo cada vez más en componentes permanentes de la política social (CEPAL, 2006). Actualmente se plantea la necesidad de su integración en una estrategia más amplia de bienestar y protección social. El estudio de CEPAL realizado por Acosta, O. y Ramírez, J. (2004) sobre las *Redes de protección social un modelo incompleto* llama la atención sobre la necesidad de profundizar la articulación de una red¹⁴. También el trabajo del BID editado por Molina, C. (2006) denominado *Universalismo básico*.

¹⁴ Destacando que “hablar de una red de protección social, no significa hacer referencia exclusiva a los programas de asistencia social, especialmente los aplicados en casos de crisis extremas, o de población que vive en extrema pobreza, sino que debe comprender el conjunto de mecanismos de protección social para todos los riesgos, para todos los

Una nueva política social para América Latina se refiere en este sentido. Y como caso concreto en el libro editado por Levy, S. y Rodríguez, E. –BID- (2005), *Sin herencia de pobreza. El Programa Progresar-Oportunidades de México*, se concluye con algunos comentarios sobre cómo el programa podría evolucionar hasta convertirse en un componente de un sistema de seguridad social universal, con derechos y obligaciones para todos: pobres y no pobres.

Se destaca que si bien los PTC desarrollados en la región no están centrados exclusivamente en la primera infancia, sí tienen una prioridad en la niñez, comprendiendo a los hogares con niños hasta los 14 años o 18 años en situación de pobreza y/o vulnerabilidad social, y recientemente diversos estudios expresan la necesidad de avanzar en el desarrollo de políticas o componentes específicos a favor de la primera infancia en el marco de estas políticas de ingreso. A esta conclusión se abordó en el panel centrado en la temática que se realizó en el marco de la Tercera conferencia internacional sobre transferencias en efectivo condicionadas en Estambul, Turquía, entre el 26 al 30 de junio de 2006 (Banco Mundial, 2006).

Los PTC como señala Villatoro (2004) en América Latina operan en la modalidad de transferencias monetarias condicionadas para incrementar el capital humano y los niveles de bienestar en la salud y nutrición de los grupos más vulnerables. Destaca CEPAL (2006) en este sentido, en un reciente trabajo titulado *El futuro de la protección social: acceso, financiamiento y solidaridad* que “el encadenamiento entre efectos de corto plazo en materia de incremento de los ingresos familiares y efectos de largo plazo en materia de desarrollo del capital humano de niños y jóvenes con mayores rezagos relativos constituye la clave para avanzar, desde las políticas y los programas sociales, en la superación de la pobreza. En este sentido, los programas sociales deben permitir la conciliación de políticas de apoyo a la formación de capital humano y social (desarrollo de capacidades), políticas de ampliación del acceso a empleo de calidad (expansión de oportunidades) y políticas asistenciales a corto plazo destinadas a proteger a la población vulnerable de situaciones adversas de carácter transitorio o estructural, situaciones que son cada vez más relevantes dado el contexto económico de la región” (CEPAL, 2006; Pág. 149).

En este marco, a continuación la revisión bibliográfica se centra en la presentación de algunas de las experiencias con mayor difusión y alcance en América Latina atendiendo a dos aspectos: 1) su integralidad, es decir, si estas experiencias fueron concebidas como políticas sociales integrales de modo que las transferencias de ingresos se encuentren articuladas con otras políticas en materia de nutrición, salud, educación, identidad, etc. ; y 2) las evaluaciones de impacto, atendiendo a quiénes y cómo las realizaron y a sus principales resultados.

III.1. Apuntes de la integralidad en las políticas y el desafío de la capacidad institucional

La mayoría de las políticas de ingresos a la infancia desarrolladas en los países de América Latina se conciben como políticas integrales al vincular las transferencias de ingresos para tener efectos en el corto plazo con el desarrollo de las capacidades de la población destinataria a mediano y largo plazo. Y esto último lo realizan estableciendo corresponsabilidades o condicionalidades principalmente en materia de salud y educación o intermediando con ofertas programáticas vinculadas a la identidad, la vivienda, la inclusión sociolaboral, entre otras (ver características centrales de los programas en las tablas).

momentos, y para las poblaciones de distintos niveles socio-económicos” (Acosta, O. y Ramírez, J - CEPAL, 2004; Pág. 48).

Barcena, A.- CEPAL- (2005) presenta una tipología de los PTC que permite destacar las peculiaridades de las diversas estrategias y prácticas que se desarrollan en la región. Estas son:

- *Intervenciones Multiprogramas*: fomentan el acceso a la red total de servicios asistenciales y promocionales proporcionados por el Estado. Por ejemplo, *Chile Solidario*.
- *Programas Multidimensionales con fortalecimiento de la oferta*: complementan con la provisión de suplementos a la oferta pública de servicios de educación y salud. Estos son el caso de la *Red Protección Social* (Nicaragua) y el *PRAF* (Honduras).
- *Programas Multidimensionales (educación, salud y nutrición)* como el *Oportunidades* (México), *Bolsa Familia* (Brasil), *Familias en Acción* (Colombia) y *PATH* (Jamaica).
- *Programas Unidimensionales*: fundamentalmente dedicados a la educación como el *Familias por la Inclusión Social* (Argentina), *Beca Escolar* (Ecuador) y *Proyecto 300* (Uruguay).

En el diseño de estas políticas la incidencia de think tanks y expertos ha estado presente, realizando en el caso del programa Chile Solidario un aporte con énfasis en la integralidad en el diseño de las intervenciones, contribuyendo con argumentos y evidencias que han permitido elevar la legitimidad de estas políticas ante la opinión pública, convirtiéndose en un caso exitoso de articulación entre la esfera del conocimiento y el aparato estatal (Uña, G; Lupica C. y Strazza L., 2008).

Además del enfoque que propende a una integralidad en estas políticas, en la región se han ido desarrollando diversas modalidades de coordinación intersectorial, que abarcan desde la constitución de gabinetes sociales y la articulación a través de redes hasta la creación de una entidad coordinadora de todos los proyectos sociales (CEPAL, 2006). Entre ellas se destacan las desarrolladas en el marco del Chile Solidario, la Red de Protección Social (Colombia), el Programa de Protección Social (Ecuador), la Red de Protección y Promoción Social (Paraguay) y el programa “Bolsa Familia” (Brasil). Asimismo, muchas experiencias conforme se han ido desarrollando fueron incorporando la articulación con otros programas. En este marco, señala CEPAL (2006) que las tecnologías de la información pueden hacer un valioso aporte, especialmente a la selección de beneficiarios y, cada vez más, a la coordinación de programas sociales y la interoperación de instituciones estatales.

De este modo, un aspecto de gran relevancia respecto de los programas de transferencias condicionadas ejecutados en la región es el mayor grado de institucionalización en que se ha enmarcado su formulación y aplicación (CEPAL, 2006). Tanto “Oportunidades” como “Bolsa Familia” (los dos mayores programas de transferencias condicionadas de la región) representan casos de consolidación de iniciativas dispersas, basados en un consenso político que impulsa la creación de instituciones con el poder suficiente para coordinar estos esfuerzos. Puede afirmarse que el factor de fortalecimiento institucional es una de las claves del relativo éxito y de la gran cobertura alcanzada por estos programas (CEPAL, 2006). Lindert, K.; Linder, A.; Hobbs, J. y de la Brière, B. (2007) destacan que el Bolsa Familia se constituye en una muestra de integración de programas y coordinación sectorial mediante una mayor institucionalidad y de construcción de una estrategia nacional a partir del éxito de programas surgidos de niveles más bajos de gobierno y su integración. En el país se unificaron iniciativas exitosas pero superpuestas en un marco único permitiendo una mejor intervención -catastro único, etc.- en un amplio territorio, se creó una institución fuerte dependiente (Secretaría) que ayuda a la coordinación y permanencia y refuerza la voluntad política de avanzar en la materia, y complementó la voluntad con recursos económicos.

EJEMPLOS DE PROGRAMAS DE TRANSFERENCIAS CONDICIONADAS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 1990-2005

Programa	Objetivos	Componentes (tipo)	Población destinataria	Condiciones	Beneficiarios/ población	Gasto/PIB
Familias por la Inclusión Social (Argentina, 2005)	Fomento del desarrollo, la salud y la retención en el sistema educativo de los niños, junto con evitar la exclusión de familias pobres	- Educación (unidimensional)	Familias pobres con hijos menores de 19 años o embarazadas, que no cuenten con subsidios provenientes de otros programas sociales	- Asistencia a la escuela - Asistencia a los centros de salud		
Con todo derecho. Programa de ciudadanía porteña (Argentina, 2005)	Fomento de la salud y la retención en el sistema educativo de los niños y reducción de la exclusión social. Unificación de los programas sociales en la ciudad de Buenos Aires.	- Educación - Salud - Nutrición (mediante tarjeta) (multidimensional)	Familias indigentes con hijos menores de edad, mujeres embarazadas, adultos mayores o personas con algún tipo de discapacidad en la ciudad de Buenos Aires. Distribución de tarjeta magnética para compra de alimentos y combustible	- Asistencia a la escuela - Controles de salud periódicos de embarazadas y niños - En el futuro: búsqueda de trabajo y capacitación de adultos desempleados		
Bolsa Familia (Brasil, 2003)	Reducción de la pobreza y la desigualdad a corto y largo plazo	- Educación - Salud - Alimentación (multidimensional)	Familias con niños en extrema pobreza, ingreso per cápita de 17 dólares mensuales Familias con niños en pobreza moderada, ingreso per cápita de 17 a 34 dólares mensuales	- Asistencia a la escuela - Calendario de cuidados de la salud familiar (vacunación y visitas periódicas a centros de salud)	16%	0,28% (2003)
Bolsa Escola (Brasil, 1995-2003)	Prolongación de la permanencia en la educación primaria y secundaria y prevención del trabajo infantil	- Educación (unidimensional)	Niños de 6 a 15 años, pertenecientes a familias con ingresos per cápita mensuales de hasta 90 reales	- De un 80% a un 85% de asistencia a la escuela	4,79%	0,13%
Bolsa Alimentação (Brasil, 2001)	Reducción de la incidencia de la mortalidad y desnutrición infantil y vinculación de las familias en riesgo nutricional con el sistema de atención de la salud	- Salud - Alimentación (multidimensional)	Familias con ingresos per cápita inferiores a 15 reales, con mujeres embarazadas o lactantes y con niños menores de 6 años y 11 meses en riesgo nutricional	- Asistencia a controles de salud prenatales y nutricionales, inmunizaciones y desarrollo infantil		
Programa de erradicación del trabajo infantil (PETI) (Brasil, urbano desde 1999)	Eliminación de las peores formas de trabajo infantil, incluidas las que representan un peligro para la salud, en las zonas rurales y urbanas	- Educación (unidimensional)	Familias con ingresos per cápita inferiores a la mitad del salario mínimo (65 dólares al mes) y que tengan niños en edad escolar (7-14 años), de zonas rurales y urbanas En zonas urbanas, niños de 10 a 14 años insertos en la prostitución, el tráfico de drogas, la recolección de basura y el comercio callejero	- 80% de asistencia a la escuela - Participación en jornada ampliada	0,45%	0,04% (2001)
Chile Solidario (Chile, 2002)	Prestación de apoyo integral a familias que se encuentran en condiciones de indigencia y pobreza crítica	- Salud - Educación - Vivienda digna - Trabajo - Dinámica familiar - Identificación (multiprograma)	Familias en situación de indigencia	- Cumplimiento de 53 condiciones mínimas en educación, salud, identificación, habitabilidad, dinámica familiar, ingresos monetarios y trabajo	6,45%	0,10% (2004)
Familias en Acción (Colombia, 2001)	Protección y fomento de la formación de capital humano en niños de 0 a 17 años, de hogares pobres, mediante apoyo a inversiones de las familias en salud, nutrición y educación	- Educación - Salud - Alimentación (multidimensional)	Familias rurales y urbanas pobres (SISBEN 1) con niños de 0 a 17 años, no beneficiarias de los Hogares Comunitarios y de "Empleos en Acción"	- 80% de asistencia a la escuela - Asistencia a los centros de salud para controles de crecimiento y desarrollo de los niños	4,01%	0,3%

Programa	Objetivos	Componentes (tipo)	Población destinataria	Condiciones	Beneficiarios/ población	Gasto/PIB
Superémonos (Costa Rica, 2000)	Fomento del acceso y la permanencia en el sistema de educación de niños y jóvenes en situación de pobreza, mediante incentivos económicos	- Educación - Alimentación (multidimensional)	Familias pobres, con niños, niñas y adolescentes de 7 a 18 años, que asisten a la escuela	- Asistencia a la escuela. - No usar cupones para comprar licor, cigarrillos, drogas u otros bienes - No transferir cupón a otras personas	1,12%	0,019% (2002)
Beca Escolar (Ecuador, 2001)	Fomento del acceso y la permanencia de los menores en el sistema escolar	- Educación (unidimensional)	Niños y niñas de 6 a 15 años, matriculados en el sistema escolar, que pertenezcan al quintil más pobre de la población	- 90% de asistencia a la escuela		0,05%
Programa de Asignación Familiar (PRAF) (Honduras, 1990)	Incremento del capital humano de niños de familias pobres, ayudándolos a quebrar el círculo de la pobreza	- Educación - Salud - Alimentación (Multidimensional con refuerzo de oferta)	Familias pobres con: - Niños de 6-12 años, que no han terminado el 4º año de enseñanza primaria - Niños menores de 3 años - Discapacitados de hasta 12 años - Mujeres embarazadas - Adultos mayores de 60 años	- Inasistencia escolar máxima de 7 días - Asistencia a los centros de salud	4,7%	0,019%
Programa de avance mediante la salud y la educación (PATH) (Jamaica, 2002)	Incremento de los logros de educación y salud, reducción del trabajo infantil y superación de la pobreza	- Educación - Salud - Alimentación (multidimensional)	Familias pobres con niños de 0 a 17 años, mujeres embarazadas o lactantes y adultos mayores y discapacitados	- 85% de asistencia a la escuela - Asistencia a los centros de salud	9,07%	0,32% (2004)
Oportunidades (ex-Progresá) (México, 1997)	Incremento de la capacidad de las familias en situación de extrema pobreza, mediante la inversión en capital humano, en los ámbitos de la educación, la alimentación y la salud	- Educación - Salud - Alimentación (multidimensional)	Familias bajo la línea de pobreza (18,9 pesos diarios por persona en las áreas rurales y 24,7 pesos diarios por persona en las ciudades), entre cuyos miembros haya jóvenes de 8 a 18 años matriculados en educación primaria o secundaria, lactantes de 4 a 24 meses, niños de 2 a 5 años con desnutrición, y mujeres embarazadas y lactantes	- 85% de asistencia a la escuela - Visitas a centros de salud - Asistencia a talleres de salud y nutrición	25%	0,32% (2001)
Red de Protección Social "Mi Familia" (Nicaragua, 2000)	Fomento de la acumulación de capital humano de niños de familias pobres en las áreas de la educación, la nutrición y la salud	- Educación - Salud - Alimentación (multidimensional con refuerzo de oferta)	Niños de 0 a 13 años de familias pobres. Los mayores de 6 años deben estar matriculados en la enseñanza básica	- Menos de seis días de inasistencias no justificadas a la escuela - Asistencia a centros de salud - Asistencia a talleres de salud y nutrición - Vacunas al día en los niños	1,21%	0,021% (2002)
Tarjeta Solidaridad (Rep. Dominicana 2005)	Reducción de la pobreza extrema y el hambre. El programa unifica las iniciativas "Comer es primero" y "Ficha ILAE" (incentivo a la asistencia escolar)	- Educación - Salud - Nutrición (mediante tarjeta) (multidimensional)	Población en pobreza extrema, identificada mediante el Sistema Único de Identificación de Beneficiarios (SIUBEN, sistema de puntaje socioeconómico). Entrega de tarjetas de débito en casos justificados	- 85% de asistencia escolar - Visitas periódicas a centros de salud (la periodicidad se definirá más adelante)	12% (objetivo futuro: 25%)	
Proyecto 300 (Uruguay, 2000)	Inserción escolar de niños en situación de calle	- Educación (unidimensional)	Niños en situación de calle que participan en algún proyecto socioeducativo del Instituto del Niño y el Adolescente de Uruguay (INAU) que tengan de 6 a 14 años	- Asistencia a la escuela		

Fuente: Pablo Villatoro, "Los nuevos programas de protección social asistencial en América Latina y el Caribe", documento de trabajo, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2005, inédito. Véase en El futuro de la protección social: acceso, financiamiento y solidaridad, CEPAL, 2006; Pág. 168 y 169.

Atendiendo específicamente a las cuestiones vinculadas a la primera infancia se identifica que los PTC se centran básicamente en el cuidado de la salud y nutrición de la primera infancia, con excepción de la experiencia de Chile que se orienta a intermediar con la oferta programática para favorecer el desarrollo de siete dimensiones de la vida: identificación, salud, educación, dinámica familiar, habitabilidad, trabajo e ingresos (ver tabla).

**Corresponsabilidades vinculadas a la primera infancia en Políticas de Ingreso.
Selección de casos de América Latina.**

Programa	Corresponsabilidades vinculadas a la primera infancia	
Bolsa Familia (Brasil, 2003)	Matriculación en niños de 6 a 15 años, con por lo menos 85% de asistencia a las escuelas. Visitas médicas pre-natales para las mujeres embarazadas.	
Familias en Acción (Colombia, 2001)	Subsidio de nutrición: Cumplir con las citas de control de crecimiento y desarrollo de todos los menores, programadas cada 2 meses.	
Programa de Asignación Familiar -PRAF (Honduras, 1990)	Parámetros	
	Corresponsabilidad	
	Niños de 0 - 59 meses	Menor de 2 años haber asistido una vez al mes al Centro de Salud
		El titular que haya asistido 4 veces al año a las capacitaciones
		Madres que tengan niños menores de 2 años que asistan al control de AIN-C
		2-5 años una vez cada tres meses
	Madres Embarazada	Tener 5 controles prenatales
		Comprobar que tuvo un parto en un centro público
		El Titular que haya asistido 4 veces al año a las capacitaciones
	Madres Embarazada	Controles prenatales mensuales
Madres que tengan niños 0 - 2 años	Llevar un control de asistencia de los niños (hierro, ácido fólico etc.)	
Madres que están en el censo de hogares	Monitoreo de OPS y Centros de Salud	
Programa de Avance mediante la Salud y Educación-PATH (Jamaica, 2002)	Salud (visitas a centros de salud) 1 visita cada 2 meses para niños de 0-12 meses. 1 visita cada 6 meses para niños de 12-71 meses. 1 vez cada 2 meses para mujeres embarazadas, 6 semanas después del parto y dos meses después de esto. 1 visita cada 6 meses para la tercera edad. 1 visita cada 6 meses para los incapacitados.	
Programa de Desarrollo Humano Oportunidades-(México, 1997)	Salud. Hogar: Acudir a las citas programadas de salud y a las sesiones de comunicación educativa para el autocuidado de la salud. Nutrición. Hogar: Acudir a sus citas programadas.	
Red de Protección Social (Nicaragua, 2000)	Las familias se comprometen a enviar y mantener a sus hijos en la escuela, a que éstos y el resto de miembros del hogar asistan a los puestos de salud para recibir un protocolo básico de servicios, a mejorar su estado nutricional y a concurrir a sesiones de educación para la salud.	
Chile Solidario (Chile, 2002)	Apoyo Psicosocial ¹⁵ , Subsidios Garantizados ¹⁶ y Acceso Preferente a Programas de Promoción Social ¹⁷ , mediante los cuales busca dar cumplimiento a 53 condiciones mínimas que abarcan siete dimensiones específicas: Identificación, Salud, Educación, Dinámica Familiar, Habitabilidad, Trabajo e Ingresos	

Fuente: elaboración propia en base a Perfiles de los programas por país, Tercera conferencia internacional sobre transferencias en efectivo condicionadas en Estambul, Turquía, entre el 26 al 30 de junio de 2006 (Banco Mundial).

¹⁵ Componente Apoyo Psicosocial: Acompañamiento personalizado durante un tiempo definido cuyo propósito es apoyar a las familias y personas en el logro de condiciones mínimas de calidad de vida, definidas en el marco de 7 dimensiones, que van a variar según sea la población destinataria del apoyo psicosocial.

¹⁶ Componente Subsidios Garantizados: Las familias y personas tendrán garantizada la asignación de subsidios monetarios, cuando corresponda, dentro del periodo estipulado para la población destinataria.

¹⁷ Componente Acceso Preferente a Programas de Promoción Social: Las familias y personas, cuando corresponda, podrán acceder en forma preferente a la oferta programática que el Estado ofrece en todas las materias relacionadas con la promoción social.

Estas acciones, a su vez, son complementadas con otras actividades que inciden en el entorno familiar, social y educativo de los niños. Realizando una selección de las actividades complementarias que están vinculadas específicamente a la primera infancia en la siguiente tabla se detallan ejemplos:

Actividades complementarias al cuidado de la salud y la nutrición en la primera infancia en Políticas de Ingreso. Selección de casos de América Latina.

Programa	Acciones más allá del cuidado de la salud y la nutrición en la primera infancia
Bolsa Familia (Brasil, 2003)	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Servicios al grupo etáreo de 0 a 5:</u> Las madres que participan en Bolsa Familia también participan en programas de lactancia y nutrición proporcionado por gobiernos locales. - <u>Servicios para jóvenes:</u> El Ministerio de Educación intenta enfocar algunos programas de educación a los beneficiarios de Bolsa Familia, especialmente programas de alfabetización para jóvenes y adultos. Promoción de autonomía y cohesión social: Existe un acuerdo con la Secretaría de Derechos Humanos para incrementar el acceso de las familias beneficiarias a los documentos de identificación. Además, los beneficiarios adquieren un acceso al sistema bancario cuando necesitan ir al banco para recibir su beneficio.
Familias en Acción (Colombia, 2001)	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Servicios para adultos:</u> El programa genera una red de Madres Titulares, quienes a través de encuentros de cuidado y reuniones de la asamblea, se hacen visibles, conocen sus derechos, aprenden de diversos temas incluyendo los propios de operación del programa y se asocian con otras personas. - <u>Promoción de autonomía y cohesión social:</u> El programa ayuda en aspectos tales como cedulação y registro, empoderamiento de la mujer y manejo de recursos.
Programa de Asignación Familiar -PRAF (Honduras, 1990)	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Servicios al grupo etáreo de 0 a 5:</u> Fomenta la prevención, que es un concepto no tomado como salud. Se trabaja en la sensibilización y cambios de conducta. - <u>Servicios para jóvenes:</u> Capacitación productiva en varias áreas, exclusivamente en computación con el apoyo de COHCIT. - <u>Servicios para adultos:</u> Existen programas de crédito dirigidos a adultos. Capacitaciones a las Asociaciones de Padres de Familia. - <u>Promoción de autonomía y cohesión social:</u> Se cuenta con una unidad de promoción social, la cual se encarga de coordinar todos los esfuerzos del PRAF.
Programa de Avance mediante la Salud y Educación-PATH (Jamaica, 2002)	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Servicios al grupo etáreo de 0 a 5:</u> En la actualidad el Ministerio de Educación, Juventud y Cultura está engranando un programa de almuerzos para niños entre 3 y 6 años. Se intenta que este programa abarque toda la isla antes de terminar el año fiscal (abril 2001). - <u>Servicios para jóvenes:</u> A través de los trabajadores sociales, el Programa proporciona referencias a otros jóvenes que no pudieron calificar para obtener los beneficios del Programa. En coordinación con los trabajadores sociales, los jóvenes que no merezcan asistencia del Programa PATH pueden ser referidos y notificados acerca de cómo acceder a los beneficios de otras agencias que están engranadas en proveer beneficios a los jóvenes. - <u>Servicios para adultos:</u> Las sesiones de capacitación son llevadas a cabo para los beneficiarios y agentes primarios en escuelas e instalaciones de salud. A través del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, se ha proporcionado otorgar rehabilitación a los padres de algunos de los beneficiarios. Esta concesión intenta ayudar a hogares a empezar proyectos que generen ingresos. - <u>Promoción de autonomía:</u> A través del manejo de casos, los beneficiarios son sensibilizados sobre cómo pueden acceder a servicios esenciales. Los trabajadores sociales asimismo los refieren a las agencias que pueden proveer los servicios requeridos. Los trabajadores sociales también actúan como un vínculo entre miembros de otras agencias de servicios y los individuos.
Programa de Desarrollo Humano Oportunidades- (México, 1997)	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Servicios al grupo etáreo de 0 a 5:</u> Talleres de capacitación para el autocuidado de la salud. - <u>Servicios para jóvenes:</u> Temas de capacitación para el autocuidado de la salud. - <u>Promoción de autonomía y cohesión social:</u> Los Comités de Promoción Comunitaria (CPC) son una instancia de representación comunitaria ante Oportunidades. Mediante las distintas estrategias de capacitación a titulares se busca que aprovechen los apoyos. La entrega de las transferencias a las mujeres, así como su participación en las distintas actividades del programa ha generado el fortalecimiento de vínculos entre las titulares, así como su mayor autoestima.
Red de Protección Social (Nicaragua, 2000)	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Servicios al grupo etáreo de 0 a 5:</u> El Programa realiza coordinaciones a nivel local para evitar duplicidades con programas afines.

	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Servicios para jóvenes</u>: El Programa capacita a jóvenes pobres en temas de salud sexual reproductiva, estilos de vida saludable, autoestima y otros, promoviendo su integración a las escuelas. - <u>Servicios para adultos</u>: El Programa ha sensibilizado a todos sus beneficiarios de la importancia de participar en los círculos de educación básica de adultos. - <u>Promoción de autonomía y cohesión social</u>: La RPS requiere la cédula de identidad de su "titular" para que una familia sea beneficiaria, lo cual ha promovido su tramitación. También la RPS estipula que los niños/as tengan su partida de nacimiento para llevar un registro exacto de sus datos
--	--

Fuente: elaboración propia en base a Perfiles de los programas por país, Tercera conferencia internacional sobre transferencias en efectivo condicionadas en Estambul, Turquía, entre el 26 al 30 de junio de 2006 (Banco Mundial).

Esta caracterización general permite avizorar que estas políticas en su diseño se orientan a incidir en el entorno familiar, social y educativo de los niños y en el cuidado de su salud y nutrición, base para garantizar la supervivencia en la primera infancia. En el derecho a la educación en la primera infancia vinculado a los servicios socioeducativos y la universalización de la educación preescolar es donde se presentan los principales rezagos en estas políticas de ingreso. No obstante, dos casos a futuro merecen ser estudiados: el componente de desarrollo infantil temprano en el PTC que Jamaica se orienta a desarrollar y el naciente programa Chile Crece Contigo.

Jamaica esta considerando desarrollar un componente específico incorporando el desarrollo infantil temprano en los Programas de Transferencias en Efectivo Condicionadas. Ello lo destacó Faith D. Innerarity, Ministro de Trabajo y Asistencia Social de Jamaica en la presentación que realizara en la 3ra Conferencia Internacional sobre Transferencias en Efectivo Condicionadas del año 2006. En la misma, entre las nuevas iniciativas para fortalecer el desarrollo temprano de la infancia y otros enlaces con las políticas sociales de ingreso, se considera a la educación de los padres, la estimulación temprana para niños con discapacidades y el registro de niños entre 3 a 5 años de edad en Instituciones de infancia temprana. Destaca Faith D. Innerarity que el mayor reto son los acuerdos logísticos extensivos y los recursos que se requieren para la implementación. Estos incluyen: la significativa movilización de la comunidad, la colaboración, coordinación y responsabilidad cercana con los Ministerios de Salud, Educación y con ONGs, y la asignación considerable de fondos para la Capacitación y el Presupuesto de Educación Pública del Programa de Avance mediante la Salud y Educación -PATH-. En este sentido, Faith D. Innerarity (2006) concluye que "el factor dominante que considera fuertes vinculaciones entre las Instituciones de Desarrollo Temprano de la Infancia y los Programas de Transferencias en Efectivo Condicionadas es asegurar que existan los sistemas de soporte necesarios para garantizar los resultados deseados. Si los aspectos por el lado de la oferta no son dirigidos adecuadamente, las condicionalidades podrían convertirse en un impedimento sancionando al grupo vulnerable que el programa busca ayudar".

Por otro lado, como excepción, y a la par de la reciente tendencia al desarrollo de políticas específicas para la primera infancia vinculada a políticas de ingresos, se encuentra el naciente Programa Chile Crece Contigo, el cual es único en América Latina y se basa en la experiencia de protección social implementada en el Reino Unido (PNUD, 2007). Chile Crece Contigo nació a partir de las propuestas de un consejo asesor presidencial y su puesta en marcha fue anunciada en marzo de 2007. Su objetivo es convertirse en un sistema integral de apoyo a niños y niñas en primera infancia: desde la gestación hasta que entran a prekindergarten (4 años), al tiempo que genera y articula variados y diversos mecanismos de apoyo a niños, niñas y sus familias, que en su conjunto permiten igualar oportunidades de desarrollo. Es innovador por la peculiaridad de focalización en un tramo etario y no en un sector de la población, ya que no es un sistema para

los niños pobres sino para todos los niños y niñas del país donde hace focalizaciones especiales o refuerzos mayores en aquellos que presentan alguna vulnerabilidad especial (Valenzuela Delpiano -MIDEPLAN-, 2008). En este marco, los apoyos y presentaciones de Chile Crece Contigo consisten:

- Todos los niños y niñas: 1. Programa Educativo Masivo; 2. Espacios Informativos interactivos; 3. Propuestas de mejoramiento legislativo;
- Niños y niñas que se atienden en el sistema público de salud (86%): 4. Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial.
- Niños y niñas en situación de vulnerabilidad (40% se menores ingresos = 60% de los niños y niñas): 5. Visitas domiciliarias de los equipos de salud; 6. Acceso automático a subsidio familiar; 7. Acceso a salas cuna y jardines infantiles gratuitos y de calidad; 8. Acceso preferente a la oferta de programas públicos; 9. Atención Integral a niños y niñas con rezago; 10. Ayudas técnicas para niños y niñas con necesidades especiales

Asimismo, la puerta de entrada al sistema es el control del embarazo, a partir de ese momento el programa acompaña a las familias y niños hasta que ellos alcancen el nivel pre kinder (PNUD, 2007).

El mismo se inscribe en el marco de la estrategia de un Sistema de Protección Social más integral y de largo plazo que se articula con el componente de Protección al Trabajo y el componente Chile Solidario para dar una atención integral a la familia e implementar estrategias adicionales que no sólo afectan al niño, sino a su entorno familiar, social y educativo.

El desarrollo de este programa es reciente, y Paula Valenzuela Delpiano, Secretaría Ejecutiva de Protección Social - MIDEPLAN en el año 2008 destacaba que si bien este programa tiene la fortaleza de contar con respaldo presidencial, un presupuesto acorde al desafío (20.270.717 dólares para el año 2008) y un sistema de gestión descentralizada, los desafíos se encuentran en la ampliación de la oferta a la nueva demanda, la generación de capacidades en los RRHH, la instalación de discursos, la validación del rol del otro (interinstitucional) más el fortalecimiento y la formalización de lazos interinstitucionales; el desarrollo de medidas pertinentes al usuario, lo cual implica la simplificación de los procesos y la consolidación de las ventanillas de entrada, es decir, de un trabajo institucionalizado en red.

De este modo el desafío de la coordinación y de la capacidad institucional adquiere una presencia notoria, no sólo en Chile Crece Contigo sino en el desarrollo de la mayoría de las políticas de ingreso a la primera infancia que requieren profundizar su integralidad. Y diversos análisis así lo destacan (CEPAL, 2006; Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido -DFID-, 2006; Jones, N.; Vargas, R. y Villar, E., 2006; Tabor, S.R. -Banco Mundial-, 2002; Veras Soares, F. y Britto, T. -PNUD-, 2008; Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido -DFID-, 2005; Farrington, J.; Harvey, P. y Slater, R. - ODI -, 2005; entre otros).

En este marco, resulta relevante algunas de las cuestiones a las que Larrain S. refiere en el artículo que escribe en la publicación editada por Irma Arraigada, *"Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales"* (Serie Seminarios y Conferencias N° 45, CEPAL, Octubre 2005) al señalar que a 15 años de la Convención en sus contenidos la oferta social carece aún de un correlato satisfactorio con la integralidad de las necesidades de los niños según ciclo de vida y se presenta una tensión entre nuevas demandas desde enfoque de derechos (flexibilidad,

integralidad, pertinencia...) y los procedimientos de gestión (sectorialismo, centralización, rigidez normativa).

No obstante, en la región se identifican iniciativas de prácticas interesantes como Chile Crece Contigo y las diversas experiencias desarrolladas en el marco de PTC como las intervenciones multiprogramas que caracterizan al caso de Chile Solidario; los programas multidimensionales (educación, salud y nutrición) como el Oportunidades de México, Bolsa Familia de Brasil, Familias en Acción de Colombia y PATH de Jamaica; y los multidimensionales con fortalecimiento de la oferta de servicios de educación y salud como en el caso de la Red de Protección Social (Nicaragua) y PRAF (Honduras). Y junto a ello sobresale el despliegue de diversos esfuerzos de mejora de la institucionalización y coordinación intersectorial.

Por otro lado, un amplio desarrollo de evaluaciones de impactos de estos programas ha tenido lugar, las cuales expresan resultados positivos, principalmente en relación a la nutrición, la salud y la reducción de la desigualdad de ingreso y de oportunidades de la población más vulnerable.

II.2. Impacto de las políticas sociales de ingreso en la primera infancia

Uno de los factores que explica la gran difusión de los programas de transferencias condicionadas en los países de América Latina es la disponibilidad de evaluaciones independientes sobre su efecto. CEPAL (2006) señala que las investigaciones realizadas sobre estos programas han permitido contrastar sus principales hipótesis de acción, identificar efectos no previstos y examinar los procesos de aplicación y sus repercusiones en las condiciones de vida de los beneficiarios. También han contribuido a darle una mayor transparencia a la gestión y una mayor legitimidad ante la opinión pública.

Estas evaluaciones en su mayoría han sido realizadas por organismos multilaterales como el BID, CEPAL, UNICEF, FAO e International Poverty Centre- UNDP. También Think Tanks han participado activamente en su desarrollo. Por ejemplo, destacan Uña, G; Lupica C. y Strazza L. (2008) que en el PROGRESA-Oportunidades de México la participación orgánica de los think tanks¹⁸ y expertos en la etapa de monitoreo y evaluación, se estableció en el propio diseño del programa y en el año 2004 dicha tendencia se amplió a la totalidad de los programas sociales, mediante la creación del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). Así una característica distintiva de este programa fue la incorporación en su diseño de evaluaciones externas periódicas realizadas por instituciones académicas con reconocimiento y prestigio como modo de elevar su transparencia.

Schady, N. -World Bank- (2006) señala que existen varias evaluaciones confiables y bien diseñadas del impacto de PTC: como resultado, se sabe más acerca de los efectos que tienen las PTC en una variedad de resultados que prácticamente en cualquier otra intervención implementada en países en desarrollo. La primera ronda de evaluaciones de PTC se basó en un diseño experimental: en el contexto de la aplicación inicial del programa en México, Nicaragua, Honduras y (más recientemente) Ecuador, los hogares fueron asignados al azar a un grupo de

¹⁸ Entre estos think tanks se encuentran el International Food Policy Research Institute (IFPRI), el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), Colegio de México (Colmex) y el Centro de Investigación y Docencia Económica (CIDE). Excepto este último - que es una Centro de Investigación Privado -, el resto de los think tanks mencionados son Centros Académicos. En la mayoría de los casos, estos think tanks recibieron el apoyo técnico de expertos provenientes de universidades mexicanas y extranjeras (Uña, G; Lupica C. y Strazza L., 2008).

“tratamiento” que recibía transferencias y a un grupo de “control” que no las recibía. La selección al azar se considera ampliamente como la estrategia de evaluación más confiable, si se aplica en forma adecuada. Evaluaciones más recientes de PTC en México, Colombia, Brasil, Argentina, Camboya y Bangladesh se han basado en métodos no experimentales como diferencias en las diferencias o técnicas para medir la correspondencia de la puntuación en la propensión. Estas estimaciones hacen suposiciones importantes respecto de resultados “contraobjetivos” –cómo escolaridad o salud en ausencia del PTC: estas suposiciones no se pueden verificar y deben ser revisadas con atención caso a caso. De este modo concluye que es importante que la calidad técnica de las evaluaciones de impacto de PTC siga siendo alta. En este marco, según Schady, N. -World Bank- (2006):

- **Medir la correspondencia de la puntuación en la propensión** será lo más convincente cuando la naturaleza de selección para el programa se comprenda bien y la cantidad de variables que se pueda usar para comparar hogares sea elevada.
- **Diferencias en diferencias** será la más convincente cuando se pueda demostrar que las tendencias de los resultados son similares para grupos de “tratamiento” y “comparación” antes de implementar el programa.

Diseño de las evaluaciones de impacto

Progreso en México, Bolsa Escola en Brasil, Programa Familias en Acción (FA) en Colombia, Programa de Asignación Familiar (PRAF) en Honduras, Programa de Promoción por medio de la Salud y la Educación (PATH) en Jamaica y la Red de Protección Social (RPS) en Nicaragua.

Todos estos programas priorizaron la utilización temprana de evaluaciones rigurosas como elemento clave en la orientación del diseño y la expansión de los programas y emplearon diseños experimentales como principal metodología de evaluación. Estas evaluaciones se planificaron con gran cuidado y anticipación y contaron con el apoyo decidido del equipo responsable del programa y de las autoridades correspondientes.

La primera generación de evaluaciones PTC buscaba medir el impacto de los programas así como la efectividad operacional examinando: (1) si los procesos operativos de los programas eran o no adecuados; (2) la medida en que los programas PTC benefician a áreas y hogares pobres; (3) la existencia y magnitud del impacto esperado sobre el bienestar de los beneficiarios; (4) cualquier efecto no previsto; (5) la percepción de los beneficiarios y las partes interesadas; (6) la eficacia en función de los costos que implican los mecanismos de entrega del programa.

Las evaluaciones de impacto de los primeros PTC se han centrado principalmente en medir los cambios en indicadores de corto y mediano plazo respecto de la acumulación de capital humano. También la medición de cambios en niveles y patrones de consumo han sido elementos centrales en muchas de las evaluaciones. Los programas de desarrollo suelen tener otros efectos directos e indirectos distintos de los efectos no especificados en sus objetivos, los que han sido analizados por algunas evaluaciones PTC.

Metodologías de evaluación

La evaluación del impacto consiste en determinar si un programa cambia la situación de los participantes en comparación con lo que habrían experimentado de no haber participado en éste. Así, el problema central en las evaluaciones de impacto surge del hecho de que no es posible observar simultáneamente a los participantes como beneficiarios y no beneficiarios, es decir, en un escenario simulado alternativo o *contrafactual*. Normalmente, los evaluadores simulan esta situación comparando a los participantes del programa (el grupo de tratamiento) con un grupo de control o comparación que tenga características similares, en particular aquellas relevantes en la participación del programa. La construcción del escenario contrafactual determina el diseño de la evaluación, el cual se puede clasificar de manera muy amplia en

dos categorías: experimental y cuasi-experimental. Estos diseños de evaluación varían en cuanto a viabilidad de implementación, costo, facilidad de interpretación y validez de los resultados.

Los diseños de evaluación experimentales o aleatorios implican una distribución aleatoria de individuos (u otra unidad de análisis) entre los que reciben la intervención (el grupo de tratamiento) y aquellos privados de la intervención (grupo de control). Puesto que los participantes de los programas se seleccionan en forma aleatoria, cualquier diferencia con el grupo de control se debe al azar y no a una selección. Por ello, los diseños experimentales suelen considerarse el método de evaluación más confiable así como el que arroja los resultados más fáciles de interpretar (Freeman y Rossi, 1993; Grossman, 1994). Cuando la distribución aleatoria no es viable, se puede construir un diseño cuasi-experimental creando un grupo de comparación por otros medios. El apareamiento estadístico (“matching methods”) es lo que comúnmente se emplea para seleccionar a los no-participantes del programa, los cuales deben ser comparables con los participantes en cuanto a características esenciales observables.

La primera generación de las evaluaciones PTC aprovechó la implementación gradual de estos programas para incorporar a beneficiarios de manera aleatoria tomando ventaja de las complejidades logísticas, las restricciones fiscales y la incertidumbre respecto de la magnitud de los impactos del programa.⁵ Este enfoque reflejó una actitud pragmática y un deseo de explorar con rigurosidad el impacto de estos nuevos programas, lo que se tradujo en una utilización explícita de la asignación aleatoria para generar un diseño experimental en la medida en que el programa se expandía.

La mayoría de los diseños de evaluación de PTC recurren a la distribución aleatoria de los beneficios del programa por área geográfica. En Progresá, los evaluadores asignaron las localidades a grupos de tratamiento y control de manera aleatoria. Las localidades de tratamiento ingresaron al programa en noviembre de 1997 durante la fase II, mientras que las localidades de control debían ingresar al programa en una fase posterior. En diciembre de 2000, las localidades de control comenzaron a recibir los beneficios del programa. En Honduras y Nicaragua, la distribución aleatoria se implementó a nivel municipal y de las áreas de censo, respectivamente. En Honduras, los objetivos de evaluación requerían tres grupos diferentes de tratamiento de manera de comparar los impactos de diferentes combinaciones de incentivos por el lado de la demanda y la oferta. La distribución por municipalidades fue la opción preferida para la distribución aleatoria, dado que sus límites están bien establecidos y que es factible conectar cada hogar, escuela o centro de salud con una municipalidad en particular. Las municipalidades del programa se seleccionaron por medio de datos del Censo de Altura Escolar. Durante un evento público, se distribuyó un subconjunto de municipalidades de manera aleatoria en cuatro grupos: G1 (transferencias condicionadas), G2 (transferencias más mejoras en la calidad del servicio), G3 (sólo mejoras en la calidad del servicio), G4 (grupo de control). En Nicaragua, la RPS procedió de manera similar, distribuyendo áreas de censo de manera aleatoria en grupos de control y de tratamiento.

Recolección de datos

La planificación temprana de la mayoría de las evaluaciones PTC permitió aplicar diseños experimentales y recopilar datos de línea base. Esto ha posibilitado recolectar observaciones recurrentes de hogares en los grupos de control y de tratamiento antes y después de la implementación del programa. Al analizar los cambios a lo largo del tiempo dentro de hogares de tratamiento y de control, la evaluación considera características que no cambian con el tiempo dentro de ambos tipos de hogares, así como las características que sí cambian y que son comunes a ambos grupos. La distribución aleatoria en grupos de tratamiento y control en combinación con la recolección de datos de línea base y de seguimiento permite aplicar estimadores de doble diferencia en la medición de impactos del programa. Todas las evaluaciones de la primera generación habían recopilado datos de línea base antes de la implementación del programa. Todas las evaluaciones PTC emplean encuestas de hogares como principal instrumento de recopilación de datos.

“Evaluación del impacto de los programas de transferencias condicionadas en efectivo”,
Rawlings L. y Rubio G., The World Bank, 2003.

Chile Crece Contigo

El PNUD está apoyando a Mideplan en la evaluación del sistema de protección a la primera infancia Chile Crece Contigo. Esta iniciativa contiene un conjunto de intervenciones de apoyo y refuerzo que acompañan a los niños que se atienden en el sector público de salud, desde la etapa gestacional hasta su entrada a la educación preescolar. Su objetivo es nivelar las brechas existentes entre los grupos socioeconómicos en términos de la formación del desarrollo intelectual, emocional y social de los niños, de modo de contribuir a una mejor distribución de oportunidades en el país.

La evaluación del programa Chile Crece Contigo contempla el seguimiento en el tiempo de grupos de tratamiento y de control, para efectos de cuantificar el impacto del programa en sus variables objetivos. Hay dos tipos de grupos de control particularmente relevantes en la materia. Un primer grupo es conformado por una muestra de niños de similar condición socioeconómica que el grupo de tratamiento, de modo de conocer el impacto del programa sobre la población objetivo. Un segundo grupo de control incorpora a niños de nivel socioeconómico medio y/o alto, para efectos de conocer el impacto que tiene el programa en la reducción de la brechas de oportunidades existentes en la sociedad chilena. PNUD colaborará en el diseño e implementación de la evaluación del programa Chile Crece Contigo. Para tal efecto se requiere establecer criterios técnicos para la evaluación de impacto; identificar la estrategia de identificación de los impactos del programa; levantar la línea base de evaluación; asegurar la recolección de información en los años futuros; y diseñar protocolos de evaluación futura.

“Evaluación, Diseño e Implementación de un Sistema de Protección Social”, 2007-2010. PNUD

Los resultados de estas evaluaciones indican que estos programas han hecho una contribución significativa a la acumulación del capital humano de la población pobre (CEPAL, 2006). La tabla que sigue a continuación presenta un resumen por país de los principales impactos.

Impactos de los programas en diferentes dimensiones

Dimensión	Oportunidades (México)	Red de Protección Social (Nicaragua)	PRAF (Honduras)	Familias en Acción (Colombia)
Matrícula escolar	++ secundaria rural, corto plazo, menor en primaria, mayor en mujeres + en urbano, pero sin efecto en mujeres ++ transición primaria-secundaria	++ tasas de matrícula, igual hombres y mujeres, mayor en familias más pobres y de menor edad	= efecto reducido	+ tasa de inscripción niños 14-17 en áreas iniciales
Asistencia escolar	= no hubo incremento sustantivo rural a corto plazo	+ menos pronunciados		++ niños 12-17 años rural y urbano = 8-11 años
Aprobación de grado	++ niños rurales mediano plazo aprobación oportuna: un 38%-64% niños 30%-39% niñas Entre 0,66-1,12 años más educación rural; 0,12-0,2 urbana	++ tasas de promoción escolar, sobre todo mayores 0,9 años más de educación		
Aprendizaje	= corto plazo rural + mediano plazo (indicios)			
Trabajo infantil	+ (reducción) participación niños rurales, pero menor a matrícula (CP) ++ jóvenes urbanos (19-20 años, varones) ++ varones rurales mediano plazo (MP) = niñas rurales (MP)	+ (reducción) un 5% niños 7-13 años		= no se detectó efecto (pero sí en oferta laboral de madres, aunque no significativa)
Controles de salud, prevención, enfermedades	++ utilización servicios rurales ambulatorios de salud ++ embarazos con atención prenatal rural = partos atendidos por médicos + niveles de vacunación + conocimiento y utilización métodos planificación de la familia rural + (reducción) un 20% días enfermedad niños 0-5 y adultos 16-49%	++ niveles de vacunación un 30% + controles de nutrición + control de crecimiento + suplemento de hierro pero sin reducción de anemia	++ atención prenatal y control de niños = control postnatal madres + vacunación	++ menores 4 años con controles preventivos al día = mayores 4 años ++ (reducción) diarrea niños rurales 0-4 años = niños urbanos >4
Nutrición	+ mayor ingesta de alimentos calóricos y proteicos, alimentación más variada ("pláticas") = un 50% niños 6-23 meses ingirió suplemento nutricional entregado	+ mayor ingesta de alimentos calóricos y proteicos, alimentación más variada	= sin evidencia efecto nutricional, alta deficiencia de hierro y anemia	++ gasto en alimentos zonas rurales + situación nutricional 0-6 años (peso) pero malnutrición no mejoró
Ingresos monetarios	+ (reducción) incidencia pobreza 11,7%	+ evitó baja por crisis del café		
Focalización	39,5% en el 20% más pobre, 62,4% un 40% más pobre	55% en el 20% más pobre, 80,9% un 40% más pobre	42,5% en el 20% más pobre, 79,5% un 40% más pobre	71% en familias indigentes, 97,5% en familias pobres

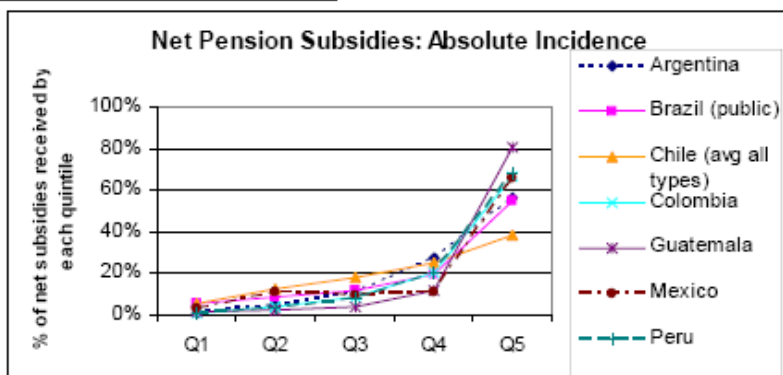
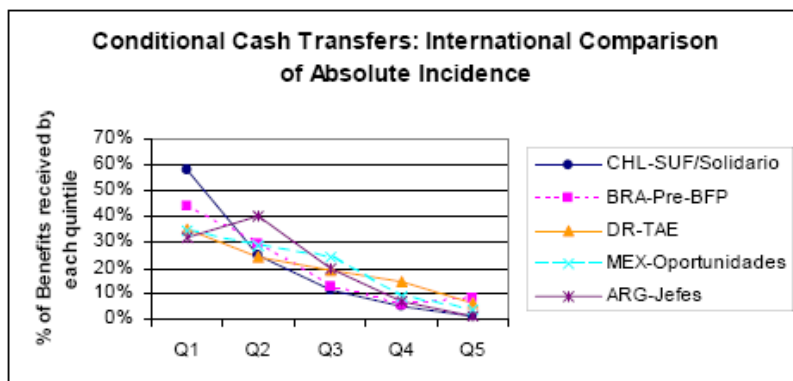
Fuente: Extraído de *El futuro de la protección social: acceso, financiamiento y solidaridad*, CEPAL, 2006 en base a Pablo Villatoro, "Los nuevos programas de protección social asistencial en América Latina y el Caribe", documento de trabajo, Santiago de Chile, CEPAL, 2005, inédito; y Cristián Aedo, "Evaluación del impacto", Santiago de Chile, CEPAL, 2005, inédito.

Nota: ++ efecto significativo, + efecto menor, = sin efecto (estadísticamente significativo).

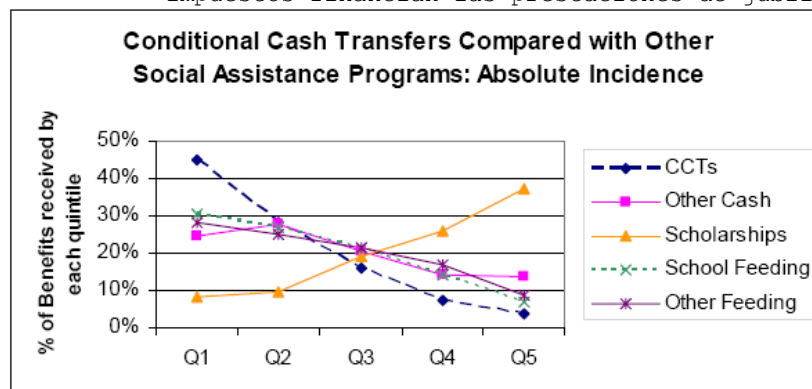
A continuación se presentan las principales contribuciones que permite resaltar la revisión bibliográfica de las evaluaciones de los PTC. Como se verá, de todos los programas que cuentan con evaluaciones de impacto sobresale el Progreso-Oportunidades de México con los mejores resultados, y la Red de Protección Social de Nicaragua y el Programa Familias en Acción de Colombia también presentan impactos que en general son positivos.

- *Concentración de los recursos en los quintiles más pobres y contribución a la reducción de la desigualdad*

Lindert, K. (2005) observa que gran parte de los recursos de estos programas llegan a los quintiles más pobres, mientras las pensiones no están orientados a los pobres siendo sus déficits motivo de preocupación para la equidad y la eficiencia. Asimismo estos programas tienen una extraordinaria performance en comparación con otras transferencias en asistencia social. Estos tres aspectos pueden visualizarse en los siguientes gráficos.



Nota: Estos resultados se refieren a la distribución de impuestos financian las prestaciones de jubilación (neto de contribuciones)

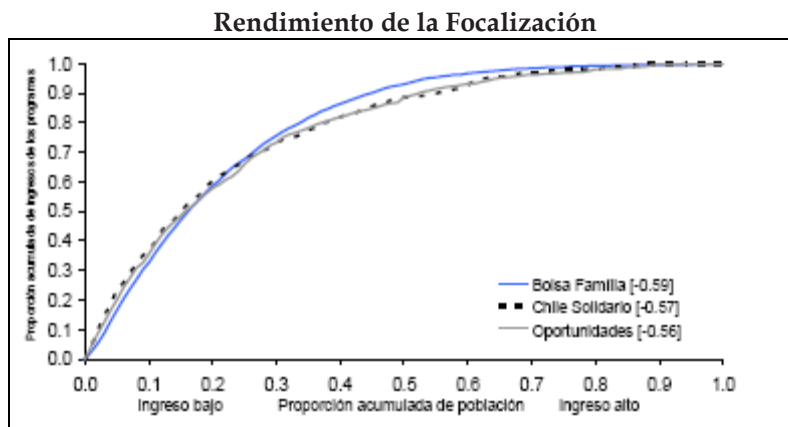


Fuente: Lindert, Kathy, Emmanuel Skoufias and Joseph Shapiro (October 2005). Redistributing Income to the Poor and the Rich: Public Transfers in Latin America and the Caribbean. World Bank.

Diversas evaluaciones en sus hallazgos revelan que los PTC han tenido impactos favorables sobre la desigualdad. Soares, S.; Guerreiro Osório, R.; Soares, F; Medeiros, M. y Zepeda, E. PNUD-Centro Internacional de la Pobreza (2007) señalan que los PTC de Brasil, Chile y México han ayudado a reducir la desigualdad entre mediados del decenio de 1990 y casi la mitad de 2000. Su impacto fue responsable de aproximadamente el 21 por ciento de la caída en el índice de Gini en Brasil y México, y del 15 por ciento en Chile.

También en este sentido las conclusiones del estudio de Suárez D., Soares, S. y Zepeda, E., International Poverty Centre- PNUD (2008) destacan que pese a la diferencias que tienen entre ellos los programas Bolsa Familia, Oportunidades y Chile Solidario en lo que refiere a su alcance

y mecanismos de focalización¹⁹ todos muestran óptimos resultados de focalización. Sus coeficientes de concentración están cercanos del $-0,5$, es decir, más cerca del coeficiente perfecto de pro-pobreza de -1 y más lejos del menos pro-pobre, $+1$. Esto también puede visualizarse en el diagrama, el cual muestra curvas de concentración para el componente de ingreso de los PTC de cada país. Como referencia, el gráfico también muestra la línea de 45° grados que asigna el mismo ingreso a cada miembro de la población. Dado que las tres curvas de concentración pasan muy por encima de esa línea, la conclusión es que los PTC están transfiriendo ingresos a los más pobres y, por lo tanto, reduciendo desigualdad. Extraordinariamente, a pesar de las diferencias en el mecanismo de focalización, la efectividad en alcanzar a los pobres es similarmente igual de elevada en los tres programas analizados.



Fuente: Suarez D., Soares, S. y Zepeda, E., International Poverty Centre- PNUD (2008)

La reducción de desigualdad lograda por Chile Solidario tuvo sólo un pequeño impacto, cambiando el coeficiente de Gini únicamente por 0,1 puntos. La desigualdad en México y Brasil, por otro lado, cayó por 2,7 puntos. La clave para entender estos resultados puede encontrarse en la parte de los ingresos totales que dichas transferencias representan. Las transferencias bien orientadas de Oportunidades y Bolsa Familia son lo suficientemente grandes como para producir una reducción significativa en desigualdad, incluso si son pequeñas (cerca del 0,5%) en relación con el total nacional de los ingresos familiares en Brasil y México. Por lo contrario, las transferencias de Chile Solidario son tan pequeñas (menos del 0,01% de los ingresos familiares totales) que incluso con una buena focalización no pueden lograr tener un impacto en la desigualdad (Suárez D., Soares, S. y Zepeda, E., -International Poverty Centre/PNUD-, 2008).

Concluyen los autores que aún queda mucho por debatir sobre los PTC, como mínimo si deberían ser focalizadas o universales, y si deberían ser condicionales o no condicionales. Este breve análisis de tres programas de transferencias condicionales de ingreso en efectivo y de la desigualdad sugiere dos aspectos particulares para discusión futura: (1) la elección entre los diversos modos de diseñar un mecanismo de focalización efectivo; y (2) la escala óptima y el

¹⁹ *Bolsa Família* y *Oportunidades* son programas amplios que cubrían respectivamente a 11 y 5 millones de hogares beneficiarios en 2004, pero se diferencian en la manera como realizan la focalización. Mientras que *Bolsa Família* es un programa muy descentralizado en el que la selección de beneficiarios es responsabilidad de las municipalidades, y *Oportunidades* lleva a cabo censos en áreas pobres para seleccionar la población objetivo a través de un mecanismo mucho más centralizado. Por lo contrario, *Chile Solidario* es un programa pequeño que alcanza sólo a aproximadamente 225.000 hogares. Focaliza las personas en pobreza extrema a través de un sistema nacional que registra a los beneficiarios a partir de una observación intensa de las familias llevada a cabo por trabajadores sociales.

umbral de focalización de ingresos que puedan asegurar un impacto significativo sobre la desigualdad (Suarez D., Soares, S. y Zepeda, E., -International Poverty Centre/PNUD-, 2008).

- ***Aumento del ingreso familiar pero baja reducción de la tasa de pobreza, en especial en su intensidad y gravedad: la cuestión de los montos de las transferencias***

Otro aspecto destacado por la bibliografía analizada acentúa que la mayoría de los programas las transferencias monetarias reflejaron un aumento del ingreso familiar, aunque por la dimensión de las transferencias no siempre se ha logrado reducir significativamente la tasa de pobreza (CEPAL, 2006). En este sentido, el estudio de Zepeda, E. -International Poverty Centre/PNUD- (2008) al analizar el impacto que producen el programa Bolsa Familia de Brasil y Oportunidades de México sobre la pobreza de ingresos destacan que a corto plazo, no se puede esperar que los mismos reduzcan la pobreza significativamente. Sin embargo, sí ofrecen gran apoyo económico en forma de ingresos para los hogares pobres. En este sentido, desempeñan un importante papel en la protección social. Bien implementadas, también podrían tener un impacto positivo a más largo plazo aumentando las habilidades humanas de los pobres. Por su parte Guerreiro Osorio, R. -International Poverty Centre/PNUD- (2008) al analizar el caso de Honduras destaca que si bien las transferencias llegan a los pobres, no son muy eficaces en el alivio de la pobreza mediante la reducción de su intensidad y gravedad, y realizando una simulación contrafactual destaca que las mejoras en la orientación y el aumento de la cantidad transferida podría mejorar el impacto de las transferencias gubernamentales sobre la pobreza en Honduras.

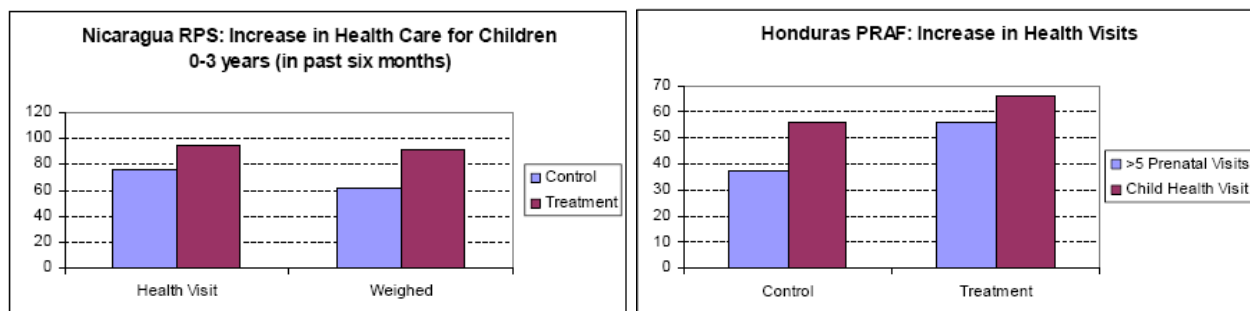
- ***Contribución a mitigar el impacto de las crisis económicas***

Una evaluación realizada por el IFPRI (2002) también encuentra que la ayuda monetaria de los PTC ha servido para mitigar el impacto de perturbaciones económicas. En la fase piloto de la RPS Nicaragua, el ingreso de los beneficiarios se mantuvo invariable, pero se observó una notable baja en las familias del grupo de comparación, lo que se atribuyó a la crisis económica (disminución de los precios del café) que afectó a las zonas donde se aplicó el programa (IFPRI, 2002).

- ***Incremento del acceso a los servicios de salud y en cuidados preventivos***

Por otro lado, se observan incrementos significativos de los controles preventivos de salud, el acceso a los servicios de salud y la utilización de los servicios ambulatorios. Las evaluaciones revelan que estos efectos son mayores en infantes y niños menores (CEPAL, 2006). En este sentido, Schady, N. -World Bank- (2006) al realizar un repaso sobre la información disponible de los PTC señala que la información de evaluaciones de 5 países - México, Nicaragua, Honduras, Colombia y Brasil- señala que se incrementó la cobertura de algunos servicios (por ejemplo, control de crecimiento de niños, controles médicos preventivos para adultos) y que hay pruebas sistemáticas de que los PTC generan más uso de establecimientos de salud pública.

En Olinto (2004) se ilustran los aumentos en el número de visitas en salud en Nicaragua y Honduras.



Fuente: Olinto (2004)

Los resultados de evaluaciones resumidas en Rawlings L. y Rubio G. (2003) resalta que la evaluación del Oportunidades muestra un aumento significativo en las tasas de control nutricional y vacunación. Los menores de tres años que participaron en el Oportunidades incrementaron su asistencia a controles de crecimiento entre 30 y 60% (Gertler, 2000). Los resultados de la RPS de Nicaragua son aún mejores. Destaca Chapman (2006) que teniendo en cuenta que en Nicaragua la transferencia no ha sido condicionada a que asistieran a las clínicas para las vacunaciones y la vigilancia del crecimiento, las tasas de vacunación oportuna en menores de entre 12 y 23 meses aumentó en un 18%. Aproximadamente el 60% de los niños y niñas menores de 3 años participaban de los controles de nutrición antes de que se implementara la RPS. Luego de unos pocos meses de operación, más de 90% de los menores del área RPS se beneficiaban de los controles, en comparación con apenas 67% de aquellos en las áreas de control (IFPRI 2002). En Colombia y Honduras los incrementos en el control del crecimiento de los niños son menores y oscilan entre el 23%- 33% y 20%, respectivamente (Schady, N. -World Bank-, 2006).

Chapman (2006) al resumir las pruebas que figuran en el Documento de Práctica Social, el Departamento de Desarrollo Internacional Transferencias y la pobreza crónica (2005), Ensor (2004), IHSD (2004), Rawlings y Rubio (2003) y Rawlings (2004) expresa que en Honduras donde las transferencias de ingresos son complementadas con la provisión de suplementos a la oferta pública de servicios de salud no hubo un impacto significativo en los municipios donde sólo se aplicaron mejoras en la oferta (aunque esto puede haber sido por problemas logísticos en la transferencia de recursos a los servicios de salud) y considerando que, el juicio demuestra pruebas convincentes de que el dinero es un poderoso incentivo para cambiar el comportamiento, incluso en contextos de debilidad en el suministro de servicios, las transferencias de ingresos a los hogares resultaron en un gran e importante impacto sobre la cobertura de atención prenatal, chequeos de niño y la vigilancia del crecimiento.

También Levy, S. y Rodríguez, E. -BID- (2005) al analizar los resultados de PROGRESA-Oportunidades destacan en su libro que Gertler (2000) estimó que durante los dos primeros años de operación del programa hubo un aumento en la demanda de servicios de salud de entre 30 y 50%, según el grupo de edad. Este mayor contacto de la población pobre con los servicios de salud en principio permite detectar y atender oportunamente problemas de desnutrición y de salud en general. Hernández y Huerta (2000), por su parte, observaron un aumento del 6% en la proporción de niños entre 0 y 2 años que tuvieron vigilancia del crecimiento de talla y peso. Además, notaron que, en estas familias, la escolaridad de la madre y la distancia de la unidad de salud dejaron de asociarse con una menor probabilidad de asistencia al control nutricional, "lo que ayuda a romper el círculo en que los hijos de madres con baja escolaridad y habitando en

localidades aisladas por lo general utilizan en menor medida los servicios de salud". En paralelo, Huerta (2000) encontró que el Oportunidades aumentó de 8 a 25.6 el porcentaje de niños mayores de 2 años que acudían por primera vez a la unidad de salud. Este resultado indica que un porcentaje importante de los registros nuevos en las unidades de salud pertenece a niños de los cuales no se tenía un control previo. En relación con el impacto de las acciones preventivas del Oportunidades en el uso de servicios curativos, Gertler (2000) encontró una reducción del 58% en las consultas de hospitales para el grupo de 0 a 2 años y reducciones considerables para el grupo de más de 50 años. Esto es consistente con la hipótesis de que el Oportunidades contribuye a disminuir la incidencia de enfermedades severas, al pasar de un enfoque primordialmente curativo a uno con gran énfasis en lo preventivo. Para el año 2002, Bautista *et al.* (2003) observan que la diferencia de la demanda de servicios de salud entre las localidades con el programa y en las que no operaba era del 67%. Destacan que, durante el período 1997-2002, las consultas preventivas –aquellas en las que se atendió a personas sanas– aumentaron 5 veces y la tendencia muestra que el aumento es continuo. Sin embargo, la evaluación cualitativa de Escobar y González (2003) señala que este incremento en la demanda ha llevado a la saturación en las unidades de salud visitadas. En este contexto, el IFPRI (2000) reportó un crecimiento del 8% en las visitas para iniciar la vigilancia prenatal en mujeres que estaban en el primer trimestre de su embarazo. Por su parte, Hernández y Huerta (2000) encontraron que, entre las beneficiarias del Oportunidades, la proporción que acudió a visitas de vigilancia prenatal pasó de 84.1% a 88.9%, un incremento cercano al 6%, contra un 1.5% de las no beneficiarias (Levy, S. y Rodríguez, E. –BID-, 2005).

- ***Incremento del consumo, de la ingesta calórica y diversificación de la alimentación en los hogares***

En cuanto a la nutrición, los estudios revelan una mayor ingestión de alimentos ricos en calorías y proteínas y una alimentación más variada entre los beneficiarios de Oportunidades de México, Familias en Acción de Colombia y Red de protección social (RPS) de Nicaragua (Attanasio y otros, 2005; IFPRI, 2002; Skoufias y McClafferty, 2001). Las evaluaciones de impacto experimentales y cuasi experimentales sugieren un impacto importante en el aumento de los gastos totales y los alimentos (BA Brasil, México, Honduras, Nicaragua), en la ingesta calórica (BA Brasil, México) y en la diversificación de la alimentación (BA Brasil, México, Nicaragua) como así también se evidencia una reducción del retraso en el crecimiento (desnutrición) entre los niños en la primera infancia (México, Nicaragua) (Maluccio, 2004).

Los resultados de evaluaciones resumidas en Rawlings L. y Rubio G. (2003) destacan que la participación en PTC también ha mejorado el nivel de consumo. En México, el consumo promedio de los hogares del Oportunidades se elevó en 14% y el gasto promedio en alimentos, luego de apenas un año de operación del programa, era 11% mayor, comparado con hogares que no participaron en el programa. Este aumento se debe en gran parte a mayores gastos en frutas, verduras y productos animales. La ingesta calórica media de los hogares del Oportunidades aumentó en 7.8% (Hoddinott, et. al. 2000). Levy, S. y Rodríguez, E. –BID- (2005) destacan que Hoddinott, Skoufias y Washburn (2000) encontraron que el consumo promedio de las familias beneficiarias del Oportunidades había aumentado de marzo de 1998 a noviembre de 1999 un 14.53%; de este incremento, el 72% se destinó a aumentar la disponibilidad de alimentos en el hogar tanto en términos de cantidad (calorías) como de calidad (más ricos en proteínas y micronutrientes). El impacto en el consumo alimentario per cápita en los hogares beneficiarios

fue importante, pues aumentó un 10.6%; sin embargo, fue mayor para las familias más pobres beneficiarias del Oportunidades (en el 25 percentil), donde el consumo alimentario aumentó 13.5% en comparación con familias similares no beneficiarias del programa. En suma, este estudio encontró que las familias Oportunidades no sólo aumentaron la adquisición de alimentos, sino que además llevaron una dieta más balanceada y de más calidad en lo que se refiere al consumo calórico. La mitad del impacto en la adquisición calórica se explicó por la transferencia monetaria (efecto ingreso) y el resto se atribuyó a las pláticas de salud que tienden a reforzar el efecto positivo de las transferencias, ya que en ellas se promueve que las familias sigan una dieta más diversificada.

En Nicaragua, los hogares en el grupo de control experimentaron una fuerte disminución en el consumo, en parte, debido a los bajos precios del café y a la sequía, mientras en las áreas donde opera la RPS, el gasto per cápita anual por hogar no varió (IFPRI 2002). Así el impacto neto del programa equivale, pues, a un aumento en el consumo per cápita de 19% que indica que los PTC pueden contribuir como se señalara anteriormente a la protección del consumo de los pobres en tiempos de crisis, un papel en el manejo de riesgos digno de mayores investigaciones. Asimismo, una evaluación de impacto realizada a posteriori (Maluccio, J. y Flores, R. -IFPRI-, 2005) destaca que las transferencias realizadas por la RPS incrementaron el consumo de alimentos en los hogares y especialmente en carnes, grasas, frutas y hortalizas. La cuota de frijol se redujo en 3,7 puntos porcentuales.

Las evaluaciones también han permitido identificar áreas en las que los programas no estaban teniendo el efecto proyectado, como ocurre con la provisión de alimentos fortificados con micronutrientes a grupos muy vulnerables, como lactantes y mujeres embarazadas (Villatoro, 2005).

- *La información de un país (México) sugiere que el programa de PTC redujo la enfermedad y la mortalidad infantil, y mejoró el estado de salud de los adultos*

En Levy, S. y Rodríguez, E. -BID- (2005) se señala que el Oportunidades tuvo efectos positivos en algunas mediciones de salud de niños y adultos. En los niños impactó en:

- la incidencia de enfermedades: los beneficiarios entre 0 y 5 años de edad registraron una incidencia de enfermedades inferior en 12% en comparación con menores que no participaron del programa (Gertler, 2000).
- el desarrollo de la primera infancia: los niños de las familias que reciben transferencias tienen mejor motricidad fina y gruesa y menos problemas socio-emocionales, pero no muestran diferencias en mediciones de desarrollo cognitivo;
- la mortalidad infantil: un municipio con cobertura total de PROGRESA - Oportunidades tiene una tasa de mortalidad infantil 11% inferior a la situación sin el programa. Bautista, S. *et al.* (2003) en Levy, S. y Rodríguez, E. -BID- (2005) corroboran que el Oportunidades incrementó significativamente la salud de los niños. Los nacidos en hogares beneficiarios, después de iniciado el programa tuvieron una tasa de morbilidad en los primeros 6 meses de vida menor en un 25.3% que la de los niños en hogares control. Asimismo, los niños que tenían de 0 a 36 meses de edad en la muestra basal tuvieron una reducción del 39.5% de sus tasas de morbilidad después de 24 meses en el Oportunidades. Los efectos del programa parecen incrementarse con el paso del tiempo, lo que sugiere que los beneficios son acumulativos. Adicionalmente, estos niños tuvieron una reducción del 25.5% en su

probabilidad de tener anemia, y crecieron aproximadamente un centímetro más después de un año de estar en el programa.

En la salud en adultos:

- Mediciones subjetivas de estado de salud: el PTC redujo la cantidad de días que adultos mayores de 50 años tuvieron dificultad para realizar tareas diarias, redujo cantidad de días discapacitados por enfermedad, aumentó su capacidad para caminar distancias más largas.
- Mediciones objetivas de estado de salud: PROGRESA-Oportunidades redujo incidencia de obesidad (en 6,4%), hipertensión (7,2%) y diabetes (4,2%).

- *Mejoras en el estado nutricional de los niños sólo en México y Nicaragua*

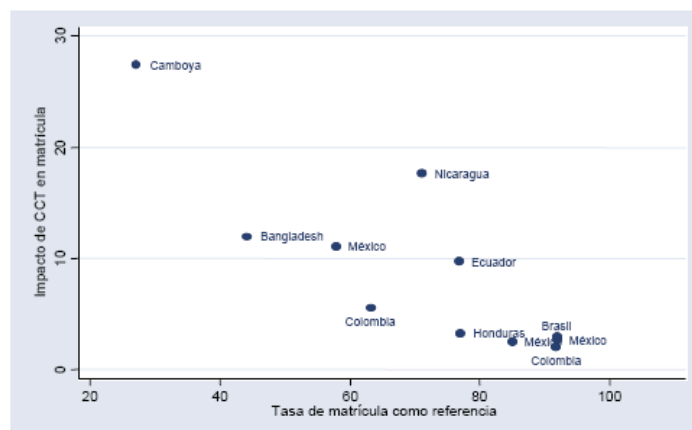
Hoddinott, J. y Basett, L. –FAO- (2008) analizan el grado en que los PTC mejoran el estado nutricional de los niños en la primera infancia en base a los datos cuantitativos y cualitativos de las evaluaciones por el International Food Policy Research Institute (IFPRI), para los gobiernos de cuatro países de América Latina: Brasil la Bolsa Alimentação (BA), el Programa de Asignación Familiar - Fase II (PRAF II) en Honduras, México del Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA), y Red de Protección Social (RPS) en Nicaragua. Y en este marco encuentra que mientras PROGRESA en México y en RPS Nicaragua se asocian con mejoras en la altura de los niños que son importantes en magnitud, PRAF en Honduras y BA en Brasil no tienen efectos sobre el estado nutricional de la primera infancia. Además, si bien la mejora de hierro se observó en México, esta no se encuentra en Honduras o Nicaragua, los otros países en los que este resultado se ha estudiado. Concluyen destacando opciones de diseño de las modificaciones que podrían mejorar el impacto del PTC sobre el estado nutricional en América sobre la base de un examen de las mejores prácticas de la literatura sobre la nutrición intervenciones. Para abordar el retraso en el crecimiento, desatacan la mejora de las sesiones de asesoramiento con la edad específica destacando los mensajes simples, pero fundamentales acciones pueden tomar los padres para promover la sano crecimiento de los niños, así como para llevar a casa materiales para reforzar estos mensajes. También hacen hincapié en la importancia de hacer frente a la higiene y la saneamiento, con el mensaje sobre el lavado de las manos usando jabón en momentos críticos, preparación higiénica de los alimentos, y la eliminación segura de las heces de niños. Para remediar las deficiencias de micronutrientes, se considera el suministro de hierro y zinc para los jóvenes los niños, el hierro-folato para las mujeres embarazadas, y múltiples micronutrientes suplementos para las mujeres embarazadas. Para hacer frente a tanto retraso en el crecimiento y micronutrientes deficiencias, estamos estudiando la utilización de suplementos nutricionales para los niños y las mujeres embarazadas con bajo IMC y los suplementos de micronutrientes para dispersable niños de 6-24 meses ya que estos suplementos pueden aumentar la ingesta de micronutrientes y fomentar la introducción oportuna de medidas complementarias alimentación.

- *Incrementos en las tasas de matrícula y asistencia escolar, que son superiores en los países con bajas tasas de referencia*

En la publicación de la CEPAL (2006), *El futuro de la protección social: acceso, financiamiento y solidaridad*, se destaca que en cuanto a los efectos en la educación, las evaluaciones han dejado en evidencia que los programas de transferencias condicionadas tienen efectos positivos, tanto a corto como a mediano plazo, cuando se consideran indicadores tales como las tasas de matrícula

y asistencia escolar, la promoción por grado y el aumento de la escolaridad. También se han observado, aunque en menor medida, efectos favorables en la reducción del trabajo infantil. Sin embargo, en el único programa sobre el que se dispone de evidencia (el programa Oportunidades), los resultados son más limitados en lo que respecta al aprendizaje. En cuanto a la distribución, los efectos parecen ser mayores en los hombres que en las mujeres y los efectos en el capital humano acumulado a través de la educación tienden a estar condicionados por la cobertura del sistema escolar anterior a la aplicación de los programas (Villatoro, 2005).

Las evaluaciones del impacto de la PTC en la educación en México, Nicaragua, Honduras, Ecuador, Brasil, Colombia, Argentina, Camboya y Bangladesh señalan que los programas suelen tener efectos positivos en la matrícula escolar, y los efectos de las PTC son mayores entre niños con baja propensión a matricularse en escuelas y en países con bajas tasas de matrícula de referencia (Schady, N. -World Bank-, 2006).



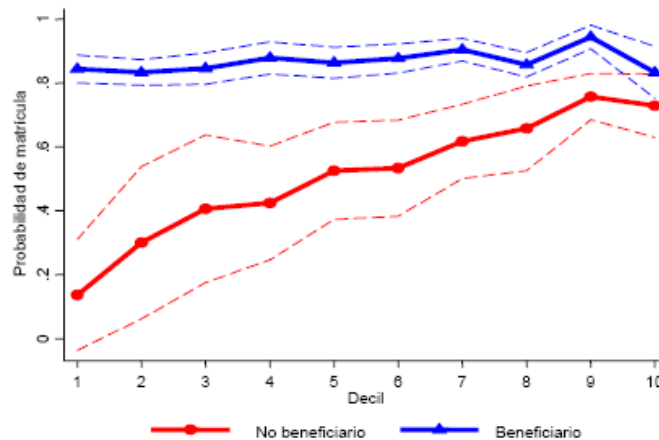
Chapman (2006) al resumir las pruebas que figuran en el Documento de Práctica Social, el Departamento de Desarrollo Internacional Transferencias y la pobreza crónica (2005), Ensor (2004), IHSD (2004), Rawlings y Rubio (2003) y Rawlings (2004) indica que las transferencias sociales actúan como incentivos eficaces para aumentar la demanda de servicios por parte de la población pobre y mejorar su educación: los programas de transferencias han aumentado la matrícula escolar y las tasas de asistencia entre las familias pobres, a menudo considerablemente. En Nicaragua, la Red de Protección Social provocó un 22% de aumento en las tasas de escolarización de la enseñanza primaria entre 2000 y 2003. En México, PROGRESA-Oportunidades el impacto en la matriculación en la escuela primaria era inferior a 2%, lo que refleja una base de referencia mucho más elevada en las tasas de matriculación (90%-94%). En el nivel secundario, las tasas de matriculación aumentaron hasta en un 9%. En ambos casos, los efectos del programa fueron mayores para las niñas que los niños. Habida cuenta de que Oportunidades atiende a más de 20 millones de personas, estos aumentos mejoran la situación de miles de personas. Una tendencia similar se observó en Colombia en el programa Familias en Acción.

La evaluación del Oportunidades mostró efectos más pronunciados en la matrícula que en las tasas de asistencia, mientras que a la inversa sucede en Nicaragua donde el programa generó un aumento de 30 puntos porcentuales en la proporción de niños que contaban con menos de 6 ausencias escolares no justificadas en un periodo de dos meses. Cabe señalar que la atribución

de efecto es más difícil en el Brasil, debido a una menos rigurosa metodología de evaluación (Chapman, 2006).

- **Mayor impacto en las tasas de matrícula en los sectores más pobres**

Por otro lado sobresale que el impacto de los PTC es mayor entre la población más pobre que tenía menos probabilidades de matricularse, lo cual expresa que los PTC pueden ayudar a reducir la “desigualdad de oportunidades” (Schady, N. -World Bank -, 2006): en Nicaragua, el efecto del programa en matrícula es de 26% entre los hogares extremadamente pobres, de 12% entre los pobres y de 5% entre los no pobres. También se han visto mayores efectos del programa entre hogares más pobres en México, Honduras y Ecuador.



- **Información limitada respecto del efecto de PTC en resultados de la enseñanza...**

En el único programa sobre el que se dispone de evidencia (el programa Oportunidades), los resultados son más limitados en lo que respecta al aprendizaje: dos años más de “exposición” a programas de PTC generaron un promedio de 0,2 años más de escolaridad, pero no tuvieron efectos en las evaluaciones de los alumnos (Schady, N. -World Bank -,2006). En este sentido, se pregunta ¿acaso los PTC atraen a la escuela a niños que tienen tantas otras desventajas que la cantidad de enseñanza que se entrega es limitada? ¿La calidad de la oferta es tan baja que los niños aprenden muy poco, a pesar de los años adicionales de escolaridad que logran?

- **Impactos en la calidad de los servicios de educación y salud al incrementarse su uso: la necesidad de equilibrar la inversión en la oferta y la demanda**

Chapman (2006) expresa que resulta indispensable equilibrar la inversión en la oferta y la demanda. Las inversiones en las transferencias sociales son más eficaces cuando son complementadas con esfuerzos para fortalecer y ampliar la prestación de los servicios de salud y educación y estas subvenciones últimas si se desarrollan tienen sus límites si se proporcionan de manera aislada. Pruebas de resultados de México (Oportunidades) sugieren que la rápida expansión en acceso pueden socavar la calidad de los servicios a menos que exista también una mayor la inversión en la prestación de servicios. Cuestiones de calidad deben abordarse en los países para disfrutar y mantener los logros alcanzados en los aumentos en la matrícula escolar o el uso de las instalaciones de salud. Algunos de los PTC reconocen esto. En Nicaragua (Red de Protección Social), los profesores reciben una modesto bonificación por cada niño que participa en el programa, la mitad de los cuales se destina a pagar materiales para la escuela. Además, las

ONG son contratadas para prestar servicios de salud servicios. En México (Oportunidades) se destinan recursos a cubrir algunos de los costos adicionales de los servicios de salud debido a las exigencias del programa y para garantizar un suministro adecuado y de equipos, medicamentos y materiales, y las ONG también son utilizadas para complementar la capacidad del gobierno. Igualmente el programa opera en las zonas donde hay servicios adecuados de salud y educación (públicos y ONG). Esto plantea preguntas sobre la equidad de los programas, ya que zonas que carecen de servicios básicos también son susceptibles de ser las zonas donde la gente se más vulnerables (Chapman, 2006).

Esto pone de relieve la importancia que tiene la secuencia de inversiones en la demanda y la oferta y, por tanto, para la coordinación entre los ministerios sectoriales y los ministerios responsables de la protección social. Cuando las transferencias de efectivo están condicionadas a la utilización de los servicios, los beneficiarios deben tener garantizado el derecho a acceder a servicios de calidad (Chapman, 2006 y CEPAL, 2006).

Por otro lado, también destaca Chapman (2006) que de igual forma las transferencias sociales tienen todavía un papel en las áreas donde hay debilidad en la prestación de servicios. El caso de Honduras por ejemplo demuestra que el nivel de servicio público a disposición no tiene por qué ser muy sofisticados para tener un impacto positivo sobre la absorción de los servicios de salud. Incluso en los Estados frágiles, las transferencias sociales pueden desempeñar un papel importante en la reducción de la vulnerabilidad y mejorar el acceso a los servicios. Una reciente evaluación de los efectos de una transferencia de efectivo de emergencia incondicional en el régimen en Somalia, por ejemplo, demostró que la provisión de subsidios en efectivo a las mujeres no sólo ayudó a los pobres a pagar sus deudas y mejorar la ingesta de alimentos, sino que también les permitió invertir en salud. Las transferencias sociales pueden mejorar los resultados de salud y nutrición al permitir a un hogar aumentar el consumo de alimentos. Como cierre señala que es necesario un mayor análisis para examinar la forma de aplicar este tipo de programas en zonas con limitada capacidad de prestación de servicios, tal vez a través de clínicas móviles de salud, escuelas comunitarias, la acreditación a proveedores no estatales, u otras innovaciones. Establecer incentivos para asegurar la eficiencia y la calidad de los servicios y evitar generar políticas pobres para pobres es esencial.

- ***Consideraciones en torno a la eficacia la condicionalidad***

El condicionamiento de los beneficios puede tener efectos contraproducentes, no previstos en la etapa de formulación de los programas, que pueden repercutir negativamente en el bienestar de las familias, ya sea por desconocimiento, problemas de difusión sobre las reglas de operación o bien porque las condiciones son demasiado estrictas (CEPAL, 2006). Por ejemplo, en una evaluación del programa *Bolsa Alimentação* en cuatro municipios del nordeste de Brasil se determinó que, después de seis meses de intervención, los niños beneficiarios subieron menos de peso por mes que los del grupo de comparación. Este problema se atribuyó a que las madres temían perder el beneficio si sus hijos subían de peso, por creer que la permanencia en el programa se debía a que pesaban menos de lo normal (Villatoro, 2005; Morris y otros, 2004). Un caso similar es el de la fase piloto de la RPS de Nicaragua, en la que se exigió que los niños no bajaran de peso para que la familia pudiera recibir una transferencia monetaria; esto se tradujo en una sobrealimentación de los niños con anterioridad a las visitas de control en los centros de atención primaria. La exigencia fue eliminada más adelante, pero muchos beneficiarios siguieron mostrando este tipo de conductas (IFPRI, 2005). Aunque este fenómeno no ha sido

estudiado sistemáticamente en las evaluaciones de los programas, la escasa evidencia existente indica que la utilización de la condicionalidad como herramienta de intervención debe evaluarse cuidadosamente.

Es importante evitar que la condicionalidad tenga efectos negativos y no deseados. En este contexto, hay que entender la condicionalidad como una herramienta más entre las diversas herramientas disponibles en la formulación de programas sociales y debe evaluarse en función del efecto potencial que pueda tener en cada situación (CEPAL, 2006).

Los resultados de estas evaluaciones indican que estos programas han hecho una contribución significativa a la acumulación del capital humano de la población pobre. En cambio, se dispone de escasa información que permita inferir que este tipo de programas sea más eficaz que programas similares en cuya definición no se incluya la condicionalidad (CEPAL, 2006).

Condicionar o no condicionar las transferencias de ingresos

Chapman, K. -Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID), (2006) destaca que con ambos tipos de transferencias de efectivo (condicionadas o no), los resultados de desarrollo humano pueden ser mejorados a través de una mayor utilización de los servicios, o indirectamente mediante el aumento de consumo de alimentos. Señala que Brasil ofrece dos grandes ejemplos de programas de transferencias incondicionales y condicionales que tienen un efecto positivo en la educación. Las pensiones de vejez: Brasil invierte el 1 por ciento del PIB a la transferencia de \$ 70 por mes a 5,3 millones de personas mayores pobres. En las zonas rurales de Brasil, las pensiones están fuertemente asociados con aumento de la matrícula escolar, especialmente de las niñas en edad 12da-14to años. Esto es por que a menudo las personas mayores viven con sus familias ampliadas y la puesta en común de sus recursos, así como situaciones en las que los ancianos son los principales cuidadores de niños pequeños. Además, las transferencias sociales pueden tener un papel en el aumento de las tasas de terminación del nivel de instrucción de los niños en la escuela. Al proporcionar a los niños con el mejoramiento de la nutrición en sus primeros años, las transferencias sociales también pueden ayudar a mejorar a largo plazo la capacidad cognitiva, una vez que están en la escuela. A diferencia de los programas de alimentación en las escuelas, las transferencias sociales benefician a los niños en edad preescolar y otros los miembros del hogar en lugar de sólo a los que están en la escuela. Bolsa Escola - ahora fusionada en Bolsa Familia - es un programa nacional que transferencias \$ 60-19no un mes a un estimado de 5 millones de familias, a un costo de 0,15 por ciento de GPT. Su objetivo es hacer frente a elevadas tasas de abandono de los ingresos destinados a los subsidios a familias con niños en edad escolar con la condición de que cada niño asista a la escuela en menos el 90% del tiempo. Las transferencias en efectivo se pagan directamente a las madres. Los estudios muestran fuertes reducciones en las tasas de deserción escolar y superior en la matrícula posterior a la primaria la educación. Aunque el importe de la subvención es inferior a los ingresos previstos de trabajo infantil, su fiabilidad, junto con la reducción de la violencia y problemas de salud asociados con el trabajo en el sector informal, supera la pérdida de ingresos para la mayoría de familias (Chapman, 2006; Pág. 9).

Otro ejemplo que demuestra que no es necesario que las transferencias de ingreso estén condicionadas a la asistencia a la escuela para tener un impacto en la educación de los niños además del caso de las pensiones sociales en Brasil se destaca en Zambia. Por ejemplo, el absentismo global de la escuela ha disminuido en un 16 por ciento durante los primeros nueve meses del programa de transferencias incondicional Kalomo en Zambia.

Al igual que ocurre con la educación, las transferencias sociales pueden tener un impacto en la salud sin ser vinculados a las condiciones o vales. En Namibia, por ejemplo, los pensionistas gastan 13,8% de la transferencia de ingreso incondicional que reciben en servicios de salud y medicamentos y esta se eleva al 40% en Sudáfrica. Un estudio en Sudáfrica encontró que las personas mayores que reciben pensiones sociales tenían un significativamente mejor estado de salud que otros miembros de la familia. En las familias que se combinaron los ingresos, el estado de salud de todos los miembros de la familia fue mayor que en los hogares que no tienen una pensión. También en Sudáfrica, los resultados preliminares de un estudio que otorga apoyo de ingreso incondicional a niños en KwaZulu-Natal sugieren que la subvención tiene un impacto sobre la altura de los niños, pero sólo para aquellos niños que empezaron a recibirlo entre 0-20 años de edad.

En Sudáfrica y Asia es donde más se encuentran evaluaciones de impacto sobre las transferencias incondicionales y se destaca hay escasa información sobre otros programas en América Latina incondicionales que estén evaluados. No obstante, Chapman resalta luego de analizar las pruebas que figuran en el Documento de Práctica Social, el

Departamento de Desarrollo Internacional Transferencias y la pobreza crónica (2005), Ensor (2004), IHSD (2004), Rawlings y Rubio (2003) y Rawlings (2004) que es más probable que los programas de transferencias de ingresos incondicionales tengan efectos sobre el desarrollo, donde los grupos vulnerables también tienen suficiente acceso a la información para tomar decisiones informadas acerca de la salud y la educación. Tales transferencias también pueden tener beneficios indirectos como la potenciación de la mujer y los grupos socialmente excluidos a través de un mayor control de las finanzas de los hogares. Las transferencias de ingreso incondicionales son más apropiadas cuando la cobertura de servicios es deficiente. La transferencia incondicional, al menos, mejorará la nutrición y el desarrollo físico y cognitivo de los niños por lo que la mejora de la salud. Esto crearía un ciclo positivo, con niños pequeños más sanos y más desarrollado cognitivamente, en mejores condiciones para aprovechar oportunidades educativas en el futuro si mejora la prestación de servicios. Yendo más lejos, la evidencia muestra que la gente suele priorizar el gasto en salud y aun cuando la educación no es una condición. Al decidir que la transferencia es más apropiada en ciertas condiciones, es importante tener en cuenta que los gobiernos tienen múltiples objetivos. Si un gobierno quiere, por ejemplo, proporcionar apoyo a los ingresos para hacer frente a la pobreza, combatir el hambre y mejorar los resultados del desarrollo humano, entonces ambos tipos de transferencias condicionales e incondicionales serían la opción más apropiada. Los vales no son tan adecuados para la consecución de estos objetivos múltiples.

También se refieren en este sentido presentaciones realizadas en el marco de la Tercera conferencia internacional sobre transferencias en efectivo condicionadas realizada en Estambul, Turquía, 26 al 30 de junio de 2006. Se destacan entre ellas las de Janvry, A. y Sadoulet, E.. University of California at Berkeley and DECRG World Bank *¿Cuándo utilizar transferencias de ingreso condicionados o transferencias de ingresos?*; Székely, M. *Condicionar ...o no condicionar.*; y la de Samson, M. *El Caso de las Transferencias Sociales No Condicionadas. Instituto de Investigación de Política Económica.*

Una cuestión que destaca Chapman que requiere de mayores investigaciones a futuro, sintetiza el planteo: ¿la condicionalidad es necesaria para lograr efectividad? ¿Es la condicionalidad vinculada a una fuerte utilización de servicios salud y educación determinante de la utilización de los servicios salud y educación, o es el tamaño de la transferencia, frecuencia de pago y su duración más importante en la configuración de la salud y el comportamiento de búsqueda de la educación?

Fuente: elaboración propia en base a Chapman, 2006; CEPAL, 2006; Janvry, A. y Sadoulet, E., 2006; Székely, M., 2006 y Samson, M., 2006

A partir de esta revisión de los resultados de las evaluaciones de impacto de los PTC se demuestra que las mismas tienen un impacto positivo en la mejora del desarrollo humano y como se señalara al inicio sobresale el Progreso-Oportunidades de México con los mejores resultados, y la Red de Protección Social de Nicaragua y el Programa Familias en Acción de Colombia también presentan impactos que en general son positivos.

Como marco general se destaca que la literatura (Acosta, O. y Ramírez, J. -CEPAL-, 2004; Molina, C. -BID-, 2006; Levy, S. y Rodríguez, E. -BID-, 2005; Filgueira, 2007; Chapman, 2006; CEPAL, 2006; Sojo, 2007; entre otros) apunta y cada vez con mayor énfasis que todas las transferencias sociales deben considerarse en el contexto de la estrategia global de protección social de un país, las políticas sociales y las inversiones del sector en la salud y la educación. El proceso de desarrollo de la estrategia de reducción de la pobreza puede ser una plataforma útil para promover la contribución de las transferencias sociales para lograr mejoras en la salud y educación de la población así como favorecer el acceso a otros servicios sociales, junto con la reducción de la pobreza. Las transferencias de ingresos son mecanismos para promover el acceso equitativo a los servicios y el fortalecimiento de las intervenciones en otras áreas. Un desafío clave es mejorar la coherencia de las políticas sociales principalmente entre programas de transferencias específicas y los sectores de la salud y la educación. Esto requiere una estrecha coordinación del gobierno y entre los donantes y dentro de los sectores (salud, educación, bienestar social, agricultura). Esto puede hacerse a través de una Estrategia de Reducción de Pobreza o de una vinculación más consciente de las estrategias del sector. A nivel operativo, una estrecha cooperación también es necesaria. La experiencia sugiere un enfoque gradual para

ampliar las transferencias sociales programas. El éxito de los programas de transferencia social reside en que han tendido a comenzar a pequeña escala, y ampliar la cobertura a través del tiempo.

III. 3. Destacados

La evidencia y argumentación presentada a partir de la realización de esta revisión bibliográfica permite concluir que:

1. las políticas sociales de ingresos en América Latina actualmente se plantean la necesidad de tender a una mayor integralidad, a favor de la conformación de una red de protección social más amplia y con prioridad en el desarrollo integral de la primera infancia. El programa Chile Crece Contigo se constituye en una experiencia novedosa en la atención a la primera infancia. Asimismo, las diversas experiencias desarrolladas en el marco de PTC como las intervenciones multiprogramas que caracterizan al caso de Chile Solidario; los programas multidimensionales (educación, salud y nutrición) como el Oportunidades de México, Bolsa Familia de Brasil, Familias en Acción de Colombia y PATH de Jamaica; y los multidimensionales con fortalecimiento de la oferta de servicios de educación y salud como en el caso de la Red de Protección Social (Nicaragua) y PRAF (Honduras) se constituyen en prácticas que han tenido resultados positivos en la acumulación de capital humano a favor de la infancia.
2. Un amplio desarrollo de evaluaciones de impactos acompañó la evolución de estas políticas permitiendo contrastar sus principales hipótesis de acción, identificar efectos no previstos, examinar los procesos de aplicación y sus repercusiones en las condiciones de vida de los beneficiarios, contribuyendo a su vez a darle una mayor transparencia a la gestión y una mayor legitimidad ante la opinión pública.
3. Entre las principales contribuciones que permite resaltar la revisión bibliográfica de las evaluaciones de los PTC en América Latina se destaca que las políticas de ingreso han permitido contribuir a la reducción de la desigualdad de ingresos, concentrándose los recursos en los quintiles más pobres; aumentan el ingreso familiar y pueden contribuir a mitigar el impacto de las crisis económicas. También, incrementan el consumo, la ingesta calórica y diversifican la alimentación en los hogares y mejoran el acceso a los servicios de salud y en cuidados preventivos. La información de un país (México) sugiere que el programa redujo la enfermedad y la mortalidad infantil, y mejoró el estado de salud de los adultos. Asimismo en México y Nicaragua se destacan mejoras en el estado nutricional de los niños. Estos resultados se constituyen en una importante contribución a favor de la supervivencia de la primera infancia y de la mejora de su entorno familiar.
4. Algunas cuestiones deben profundizarse cuando se diseñan e implementan políticas de ingresos: 1) dado que los impactos en la reducción de la pobreza son bajos se destaca que debe prestarse especial atención a los montos de las transferencias; 2) también se enfatiza la necesidad de equilibrar la inversión en la oferta de servicios de salud y educación y la demanda dado que los incrementos en el uso de los servicios impactan en su calidad; y 3) finalmente, se destacan algunas consideraciones en torno a la condicionalidad de las transferencias, las cuales resaltan que esta constituye una herramienta que debe ser utilizada con sumo cuidado y se ejemplifican casos de políticas de transferencias de ingresos incondicionadas que también tienen impactos en la mejora de las condiciones de vida de la primera infancia.

IV. CONCLUSIONES DE LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

1. En el presente trabajo se realizó una revisión bibliográfica del material existente en GDNet y de las organizaciones que figuran en su base de conocimiento para enriquecer el trabajo de la Fundación Siena con el Ministerio de Desarrollo Social de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con el fin de propiciar una mayor incidencia en el proceso de diseño e implementación de una política de transferencia de ingresos para la protección social de la primera infancia en la Ciudad de Buenos Aires.
2. Al inicio de esta revisión bibliográfica se analizaron los derechos de la primera infancia destacando los consensos en torno a un mundo apropiado para las niñas y los niños. Se acentuó a partir de esta revisión que imaginar este mundo, implica que todos los niños adquieran la mejor base posible para su vida futura teniendo de manera integral garantizada su supervivencia, nutrición, salud, desarrollo temprano, identidad, participación, y protección especial cuando sus derechos han sido vulnerados, y que sus padres y/o tutores sean apoyados para favorecer su crianza. De este modo, este marco se configura en la base de los consensos y compromisos asumidos por los Estados para la promoción y protección de los derechos de la infancia sentando, a su vez, el marco ético para la formulación e implementación de políticas a favor de la infancia.
3. A continuación, se abordaron las principales dimensiones de la situación social de la primera infancia en la CABA, retroalimentando su estudio con una perspectiva comparada con la situación presente en la Provincia de Buenos Aires y a nivel nacional. Tres aspectos centrales sobresalieron:
 - Pese a que el peso relativo de los niños en la Ciudad de Buenos Aires es bajo, la inversión en este grupo etéreo es crucial para mejorar la calidad de vida y evitar la reproducción de la pobreza.
 - Aunque, la situación de la infancia es mejor en la CABA y junto con Buenos Aires son las provincias que más invierten en este grupo etéreo (destinan el mayor porcentaje de gasto social a la infancia), es inaceptable que en la región más próspera del país miles de niños vivan en situación de vulnerabilidad y ello se constata en las brechas existentes entre la realidad y lo establecido en la Convención de los Derechos del Niño y los Objetivos del Desarrollo del Milenio.
 - Por último, las brechas entre los niños pobres y no pobres en la CABA son las mayores del país. Los indicadores sociales en la zona sur de la CABA son similares a los presentes en el GBA y a nivel nacional.
4. Las brechas existentes entre la realidad y la Convención de los Derechos del Niño y los Objetivos del Desarrollo del Milenio establecen la necesidad de profundizar el desarrollo de políticas públicas a favor de la primera infancia. En este sentido y como señala Larrain (en Arraigada, I. CEPAL, 2005): "Los desafíos centralmente se encuentran en que los actuales procesos de adecuación de políticas de infancia deben ser parte de las estrategias de renovación de las políticas de bienestar e inclusión social para todas las personas y no sólo respuestas para situaciones de riesgo y exclusión disociadas de las políticas universales".

5. En su conjunto la evidencia y argumentos reseñados permitieron acentuar que la CABA tiene que avanzar en el incremento de la inversión social y el desarrollo de políticas sociales que orientadas a favor primera infancia, sitúen a la equidad en el centro de sus diseños. Las políticas sociales de transferencias de ingresos como se ha demostrado en base a la evidencia se constituyen en una alternativa a este respecto.
6. Señalara Chapman (2006) que las transferencias de ingresos –condicionadas o no- son una forma de reducir la pobreza, el hambre y la desigualdad de ingresos en el corto plazo, como una forma de red de seguridad social para grupos vulnerables y quienes se encuentran en la pobreza crónica. Asimismo, permiten aumentar la demanda de servicios y reducir algunas de las barreras del lado de la demanda (en particular los costos) para el acceso a servicios básicos. Muchas de las personas más pobres del mundo no pueden utilizar los servicios de educación y salud - incluso cuando el gobierno tiene una política de servicios universales para todos sus ciudadanos, teniendo que hacer frente los hogares en pobreza crónica a elevados costos de oportunidad. También las transferencias sociales pueden abordar algunas de las causas subyacentes de las desigualdades en los resultados sanitarios y educativos, tales como la pobreza, la exclusión y la desnutrición. Una fuente regular de ingresos permite a los hogares extremadamente pobres comer más alimentos con más regularidad, lo que mejora el estado nutricional. El mejoramiento de la nutrición en los niños pequeños, a su vez, beneficia a su salud, y es importante para el desarrollo cognitivo de los niños y la capacidad de beneficiarse de manera significativa en la escuela. La educación, a su vez, conducirá a niños más saludables y estos beneficios se transmiten a la generación siguiente. De este modo, las políticas de ingresos tienen el potencial de reducir la transmisión intergeneracional de la pobreza.
7. En este marco, en la base de datos de GDNet y organizaciones asociadas se destacó la presencia de una multiplicidad de estudios que refieren principalmente a las experiencias de programas de transferencias de ingresos condicionados (PTC) que han tenido un amplio desarrollo en las últimas dos décadas en los países de América Latina y el Caribe.
8. De su revisión sobresalió que en América Latina actualmente se plantea la necesidad de tender a una mayor integralidad en las políticas de ingresos, a favor de la conformación de una red de protección social más amplia y con prioridad en el desarrollo integral de la primera infancia. El programa Chile Crece Contigo se constituye en una experiencia novedosa en la atención a la primera infancia que se vincula a las políticas de ingresos. Asimismo, las diversas experiencias desarrolladas en el marco de PTC como las intervenciones multiprogramas que caracterizan al caso de Chile Solidario; los programas multidimensionales (educación, salud y nutrición) como el Oportunidades de México, Bolsa Familia de Brasil, Familias en Acción de Colombia y PATH de Jamaica; y los multidimensionales con fortalecimiento de la oferta de servicios de educación y salud como en el caso de la Red de Protección Social (Nicaragua) y PRAF (Honduras) se constituyen en prácticas que han tenido resultados positivos en la acumulación de capital humano a favor de la infancia.
9. Un amplio desarrollo de evaluaciones de impactos acompañó la evolución de estas políticas permitiendo contrastar sus principales hipótesis de acción, identificar efectos no previstos, examinar los procesos de aplicación y sus repercusiones en las

condiciones de vida de los beneficiarios, contribuyendo a su vez a darle una mayor transparencia a la gestión y una mayor legitimidad ante la opinión pública.

10. Entre las principales contribuciones que permite resaltar la revisión bibliográfica de las evaluaciones de los PTC se indentificó que las políticas de ingreso permiten contribuir a la reducción de la desigualdad de ingresos, concentrándose los recursos en los quintiles más pobres, aumentan el ingreso familiar y que pueden contribuir a mitigar el impacto de las crisis económicas. Además, se evidenció que las transferencias de ingresos incrementan el consumo, la ingesta calórica y diversifican la alimentación en los hogares y mejoran el acceso a los servicios de salud y en cuidados preventivos. La información de un país (México) sugiere que el programa redujo la enfermedad y la mortalidad infantil, y mejoró el estado de salud de los adultos. Asimismo en México y Nicaragua se destacan mejoras en el estado nutricional de los niños. Estos resultados se constituyen en una importante contribución a favor de la supervivencia de la primera infancia y la mejora de su entorno familiar.
11. Algunas cuestiones deben profundizarse cuando se diseñan e implementan políticas de ingresos: 1) dado que los impactos en la reducción de la pobreza son bajos se destaca que debe prestarse especial atención a los montos de las transferencias; 2) también se enfatiza la necesidad de equilibrar la inversión en la oferta de servicios de salud y educación y la demanda dado que los incrementos en el uso de los servicios impactan en su calidad; 3) finalmente, se destacan algunas consideraciones en torno a la condicionalidad de las transferencias, las cuales enfatizan que esta herramienta debe ser utilizada con sumo cuidado y se ejemplifica con casos que las políticas de transferencias de ingresos incondicionados también pueden impactar de manera positiva en la mejora de las condiciones de vida de la primera infancia.
12. Los think tanks han incidido en los procesos de diseño y evaluación de estas políticas. En programas como Chile Solidario y el Progres-Oportunidades de México que se consideran "exitosos" en América Latina tuvieron una participación activa en estas etapas del ciclo de las políticas fortaleciendo la legitimidad, solidez y sostenibilidad de las mismas. Alineados con el espíritu de la convocatoria de GDN, que busca fortalecer la vinculación de la esfera del conocimiento y las políticas sociales, estos procesos de incidencia se constituyen en un antecedente importante al aporte que actualmente la Fundación Siena esta realizando en el MDS de la Ciudad mediante el diseño y evaluación de un nuevo programa a favor de la primera infancia.
13. GDNNet se constituyó en una herramienta útil y actualizada para ordenar la aproximación al objeto de estudio, permitiendo acceder a una multiplicidad de estudios que figuran en su base de conocimiento y de sus organizaciones asociadas de relevancia para la temática. Como se detalla en el listado de bibliografía han sido más de 90 las publicaciones de referencia que se incluyeron en esta revisión bibliográfica.
14. La recomendación de incorporar en su base de conocimiento mayores fuentes documentales de niveles subnacionales de gobierno y de la incidencia de think tanks sobre la temática que fue abordada en esta revisión se identifica como necesidad para favorecer el desarrollo de futuros estudios. Asimismo, se requiere avanzar en trabajos

de análisis que a nivel subnacional y en perspectiva comparada de manera integral aborden la cuestión de la primera infancia atendiendo simultáneamente a la caracterización de sus principales indicadores sociales, respuestas estatales e intervenciones que a su favor sea recomendable desarrollar. En países federales como la Argentina estos aspectos adquieren importancia.

15. Con respecto al proceso de incidencia en el cual se inserta esta revisión bibliográfica, se considera que el material contenido en este reporte permitirá fortalecer el proceso de definición y elaboración de una política destinada a atender a los niños más vulnerables de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, cumpliendo de esta forma con su objetivo primario.

16. BIBLIOGRAFÍA

I. DERECHOS DE LA PRIMERA INFANCIA. *Consensos en torno a un mundo apropiado para las niñas y los niños.*

- CINDE y UNICEF. Experiencias Significativas de Desarrollo Infantil Temprano en América Latina y Caribe. Seis estudios de caso. CINDE y UNICEF, 2001.
- UNICEF y Fundación Bernard van Leer. Guía a la Observación General N° 7: "Realización de los derechos del niño en la primera infancia". Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Fundación Bernard van Leer, 2007.
- Chavez Ramirez, Carlos. La primera infancia: el reto del desarrollo humano IDIE-OEI, 2008.
- IDIE-OEI. OEI-IDIE Iberoamericano de primera infancia y derechos de la niñez. IDIE-OEI, 2008.
- Morasso, María del Carmen. Hacia una política pública en desarrollo infantil temprano. Las buenas prácticas. UNICEF. Agosto, 2005.
- Naciones Unidas. Declaración de Ginebra sobre los Derechos del Niño. Naciones Unidas, 26 de septiembre de 1924.
- Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos. Naciones Unidas, 10 de diciembre de 1948.
- Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Naciones Unidas, 16 de diciembre de 1966.
- Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos del Niño. Naciones Unidas, 20 de noviembre de 1959.
- OEA. Convención Americana sobre Derechos Humanos "Pacto de San José de Costa Rica". OEA, 22 de Noviembre de 1969.
- OREALC/UNESCO. Coordinación Intersectorial de Políticas y Programas de la Primera Infancia: Experiencias en América Latina. OREALC/UNESCO, Santiago de Chile, octubre 2004.
- UNESCO y OREALC. En búsqueda de la equidad y calidad de la educación de la primera infancia en América Latina. UNESCO y OREALC, 2004.
- UNESCO. Cuidado y desarrollo de la primera infancia. Ocho es demasiado tarde, UNESCO, Sector Educación, 1997.
- UNICEF. Nosotros, los niños: examen de final de decenio de los resultados de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia. Informe del Secretario General. Vigésimo séptimo período extraordinario de sesiones, Naciones Unidas, Asamblea General, 4 de mayo de 2001
- UNICEF. Informe sobre el examen de mitad de período del plan estratégico de mediano plazo (2006-2009). Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Junta Ejecutiva. Segundo período ordinario de sesiones de 2008, 15 a 18 de septiembre de 2008. Tema 4 del programa provisional.

- UNICEF. Un mundo apropiado para los niños. UNICEF, 2008
- UNICEF. 1946-2006 Sesenta años en pro de la infancia. UNICEF, Noviembre, 2006.
- UNICEF. Convención sobre los derechos del niño. Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989. Entrada en vigor: 2 de septiembre de 1990, de conformidad con el artículo 49
- UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2001: Primera infancia. UNICEF, 2002.
- UNICEF. Progreso para la Infancia. Un balance sobre la mortalidad materna. UNICEF, Número 7, septiembre de 2008.
- UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2009. Salud Materna y Neonatal. UNICEF, 2009.
- UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2009. Salud Materna y Neonatal. UNICEF, 2009.

II. LA SITUACIÓN SOCIAL DE LA PRIMERA INFANCIA EN LA CABA, SU INSERCIÓN EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL Y COMPARACIÓN CON LA SITUACIÓN NACIONAL Y DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

- Amartya K. Sen. Romper el ciclo de la pobreza. Invertir en la infancia. Conferencias Magistrales, Banco Interamericano de Desarrollo, Departamento de Desarrollo Sostenible, División de Desarrollo Social, París. 14 de marzo de 1999.
- Arraigada, I. Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales. Serie Seminarios y Conferencias N° 45, CEPAL, Octubre 2005.
- Casanova, L. Las trampas de la pobreza en Argentina: evidencia empírica. Explorar la existencia de las trampas de la pobreza a través de la comprensión de la dinámica de los ingresos. Distribución, Trabajo y Previsión Social, Centro de Investigación, Universidad Nacional de La Plata, Argentina, 2008.
- CEPAL. Panorama social de América Latina 2008. CEPAL, Diciembre 2008
- CEPAL y UNICEF. La Pobreza en América y el Caribe aún Tiene Nombre de Infancia. CEPAL y UNICEF, Septiembre, 2002.
- Cicowiez, M.; Di Gresia, L. y Gasparini, L. Las políticas públicas y los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Argentina. Seguimiento de la Argentina con respecto a la ejecución Objetivos de Desarrollo del Milenio. Distribución, Trabajo y Previsión Social, Centro de Investigación, Universidad Nacional de La Plata, Argentina, 2007.
- Cruces, G.; Epele, N. y Guardia, L. Los programas sociales y los objetivos de desarrollo del Milenio en Argentina. CEPAL, Santiago de Chile, serie de políticas sociales N°142, abril de 2008.
- Curcio, J. y Cetrángolo, O. Efectos de la crisis en Argentina. Las políticas del Estado y sus consecuencias para la Infancia. UNICEF y CEPAL. Noviembre, 2006.
- Filgueira, F. Cohesión, riesgo y arquitectura de protección social en América Latina. CEPAL, Santiago de Chile, serie de políticas sociales N°135, julio de 2007.
- Goldberg, L. La pobreza en Argentina: un problema distributivo. CIEPP, Documento de Trabajo N°43, enero 2005

- Grinspun, A. (ed.) En el punto de mira: los niños y la pobreza. La pobreza infantil: fundamental para lograr avances en los Objetivos del Milenio. Naciones Unidas (ONU) el Desarrollo (PNUD), 2004
- Larrain, Soledad. Políticas sociales e infancia. El encuentro inconcluso entre dos sistemas: políticas sociales para los niños-sistema asistencial para los menores. En Políticas hacia las familias, protección e inclusión social, CEPAL, Santiago, 28-29 junio 2005.
- Ministerio de Salud de la Nación y Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos - Argentina 2007. Ministerio de Salud de la Nación y Organización Panamericana de la Salud.
- Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Síntesis informativa Ciudad de Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Nación, 2005.
- Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Síntesis informativa Provincia de Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Nación, 2005.
- Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Síntesis informativa del Gran Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Nación, 2005.
- Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Documento de Presentación. Ministerio de Salud de la Nación, 2005.
- Naciones Unidas (ONU) la Infancia (UNICEF). El Estado Mundial de la Infancia 2006: excluidos e invisibles. Una evaluación de todo el mundo la mayoría de los niños vulnerables por el UNICEF. Naciones Unidas (ONU) la Infancia (UNICEF), 2005.
- Save the Children - Suecia. Diagnóstico sobre la situación de niñas, niños y adolescentes en 21 países de América Latina. Informe de Noticias Aliadas para Save the Children - Suecia, Lima, febrero, 2003.
- Schady, Norbert. Desarrollo de la Primera Infancia en América Latina y el Caribe. Policy, Research working paper ; no. WPS 3869, Banco Mundial, Marzo 2006.
- Sociedad Argentina de Pediatría y UNICEF. Salud Materno-Infanto-Juvenil en cifras. Sociedad Argentina de Pediatría y UNICEF, 2006.
- UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2007: las mujeres y los niños: el doble dividendo de la igualdad de género. La igualdad de género y el bienestar de los niños van de la mano. Naciones Unidas [ONU] la Infancia (UNICEF), 2006.
- UNICEF. Progreso para la infancia: un informe sobre la tarjeta de alimentación. Medir el desempeño del mundo en la nutrición infantil. Naciones Unidas [ONU] la Infancia (UNICEF), 2006.
- UNICEF. Progreso para la infancia. Un balance sobre la paridad entre los géneros y enseñanza primaria. UNICEF, número 2, abril de 2005.
- UNICEF. Progreso para la infancia: un mundo apropiado para los niños y las niñas. UNICEF, 2007.
- UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2001: Primera infancia. UNICEF, 2002.
- UNICEF. La reducción de la pobreza comienza con los niños. UNICEF, 2000.
- UNICEF. Para financiar el desarrollo hay que invertir en los niños y las niñas. UNICEF, 2002

- UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2008: Resumen ejecutivo. UNICEF, 2007
- UNICEF. Datos generales sobre infancia y adolescencia. Actualizados a Septiembre 2007. UNICEF. Septiembre, 2007.
- UNICEF y Ministerio de Economía y Producción de la Nación. Gasto Público dirigido a la niñez en Argentina 1995-2005. UNICEF y Ministerio de Economía y Producción de la Nación, Noviembre, 2006.
- UNICEF. Los objetivos de desarrollo del milenio tienen que ver con la infancia. Avances y desafíos en América Latina y el Caribe. UNICEF, 2005
- UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2009. Salud Materna y Neonatal. UNICEF, 2009.
- Unidad de Información, Monitoreo y Evaluación (UIMyE) del Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Apuntes sobre la primera infancia en la Ciudad de Buenos Aires. Serie Informes de Condiciones de Vida, Documento Nro. 7, Unidad de Información, Monitoreo y Evaluación (UIMyE) del Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2008.
- Unidad de Información, Monitoreo y Evaluación (UIMyE) del Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. La situación de la niñez en la Ciudad de Buenos Aires. La situación en el 2006. Serie Informes de Condiciones de Vida, Documento Nro. 5, Unidad de Información, Monitoreo y Evaluación (UIMyE) del Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2006.

III. POLÍTICAS SOCIALES DE INGRESO A LA PRIMERA INFANCIA EN AMERICA LATINA- “BEST PRACTICES”

- Acosta, Olga Lucía y Ramírez, Juan Carlos. Las redes de protección social: modelo incompleto. CEPAL, Serie Financiamiento del Desarrollo N° 141, febrero de 2004.
- Attanasio, O.; Battistin, E. y Fitzsimons, E. ¿Qué tan efectivas son las transferencias condicionales de ingreso? Evidencia de Colombia. Las transferencias de ingreso a las familias colombianas llevan a la mejora de la salud y la educación. Instituto de Estudios Fiscales, Londres (IFS), 2005.
- Attanasio, Orazio y Mesnard, Alice. El impacto de las Transferencias de Ingreso condicionales sobre el consumo en Colombia. EDePo Centre for the Evaluation of Development Policies, The Institute for Fiscal Studies, Report Summary Familias 02, June 2005.
- Attanasio, Orazio; Fitzsimons, Emla y Gomez, Ana. El impacto del subsidio condicional a la educación sobre la matrícula escolar en Colombia. EDePo Centre for the Evaluation of Development Policies, The Institute for Fiscal Studies, Report Summary Familias 01, March 2005.
- Behrman, Jere y John Hoddinott. An Evaluation of the Impact of Progresa on Pre-school Child Height. International Food Policy Research Institute. Washington, D.C., 2000.
- Cetrángolo, O., Cruces, G., Fajnzylber, E. y Hopenhayn, M -CEPAL-. El futuro de la protección social: acceso, financiamiento y solidaridad. La mejora de la protección social sólo puede hacerse por medio de un pacto en el que los dos gobiernos y la sociedad civil adhieran. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Chile, 2006.

- Coady, David; Olinto, Pedro y Caldes, Natalia. Honduras: Hacer frente a la crisis del café en América Central: El papel de las redes de seguridad social en Honduras. IFPRI y Banco Mundial, 2003.
- Chapman, K. Uso de las transferencias sociales para ampliar el acceso equitativo a la educación y los servicios de salud ¿Cuáles son los impactos de las transferencias sociales sobre el acceso a los servicios de salud y educación?. Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID), 2006.
- Departamento de Desarrollo Internacional (DFID). Las transferencias sociales y la pobreza crónica: nuevas pruebas y el reto por delante. Oportunidades para los gobiernos y los donantes para apoyar iniciativas sociales de transferencia. Departamento de Desarrollo Internacional (DFID), Reino Unido, 2005.
- Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID). Uso de las transferencias sociales para mejorar el desarrollo humano. Hacer la salud y la educación accesible a través de transferencias de efectivo. Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID), 2006.
- Filgueira, F. Cohesión, riesgo y arquitectura de protección social en América Latina. CEPAL, Santiago de Chile, serie de políticas sociales N°135, julio de 2007.
- Gertler, P. Final Report: The Impact of Progresá on Health. International Food Policy Research Institute. Washington, D.C., 2000.
- Guerreiro Osório, R. El reciente impacto de las transferencias gubernamentales sobre la pobreza en Honduras y las alternativas para mejorar sus efectos. Evaluación de la eficacia de las recientes transferencias directas para aliviar la pobreza en Honduras. International Poverty Centre/PNUD, Brasil, 2008.
- Hoddinott, J., Skoufias, E. y Washburn.R. The Impact of Progresá on Consumption: A Final Report. International Food Policy Research Institute, Washington, D.C., Septiembre 2000.
- International Food Policy Research Institute (IFPRI). Informe Final - Sistema de Evaluación de la Fase Piloto de la Red de Protección Social de Nicaragua: Evaluación de Impacto. International Food Policy Research Institute (IFPRI), 2002.
- Janvry, Alain y Sadoulet, Elisabeth. Cuando utilizar transferencias de ingreso condicionados o transferencias de ingresos? University of California at Berkeley and DECRG World Bank. July 4, 2006. Instituto de Investigación de Política Económica, Tercera conferencia internacional sobre transferencias en efectivo condicionadas. Estambul, Turquía, 26 al 30 de junio de 2006, BM.
- John Hoddinott, Lucy Bassett -FAO-. Impacto de los programas de Transferencias de ingresos condicionadas (PTC) en la nutrición, la seguridad alimentaria de los hogares y la economía local. FAO, Noviembre, 2008.
- Larrain, Soledad. Políticas sociales e infancia. El encuentro inconcluso entre dos sistemas: políticas sociales para los niños - sistema asistencial para los menores. En Políticas hacia las familias, protección e inclusión social, CEPAL, Santiago, 28-29 junio 2005.
- Levy, Santiago y Rodríguez, Evelyne, editores -BID-. Sin herencia de pobreza. El Programa Progresá-Oportunidades de México. BID, 2005.

- Lindert, Kathy. Reduciendo la pobreza y la desigualdad en Latinoamérica: La promesa de las Transferencias de Ingresos Condicionales. Human Development Department – Brazil Country Office. The World Bank, Presentation for the International Training Centre of the ILO November 25, 2005.
- Lindert, Kathy; Linder, Anja; Hobbs, Jason y de la Brière, Bénédicte. The Nuts and Bolts of Brazil's Bolsa Família Program: Implementing Conditional Cash Transfers in a Decentralized Context. Protección Social, Banco Mundial, Mayo 2007.
- Maluccio, John. Effects of Conditional Cash Transfer Programs on Current Poverty, Consumption and Malnutrition. Second International Workshop on CCTs, São Paulo, 2004.
- Maluccio, John y Flores, Rafael. Nicaragua: Evaluación de Impacto de un Programa de Transferencias en Efectivo Condicionadas: La Red de Protección Social Nicaragüense. IFPRI Research Report No 141, 2005.
- Molina, Carlos Gerardo (editor) -BID-. Universalismo básico. Una nueva política social para América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo. Editorial Planeta Washington, D.C. noviembre de 2006.
- Olinto, Pedro. The Impact of LAC CCT Programs on Schooling and Health Second. International Workshop on CCTs, São Paulo, 2004.
- PNUD. Evaluación, Diseño e Implementación de un Sistema de Protección Social, 2007-2010. PNUD, 2007.
- Rawlings, Laura B. y Rubio, Gloria M. Evaluando el impacto de las transferencias de ingresos condicionadas. Lecciones para Latinoamérica. The World Bank Latin America and the Caribbean Region Human Development Sector Unit. August 2003.
- Soares, S.; Guerreiro Osório, R.; Soares, F.V.; Medeiros, M. y Zepeda, E. Las transferencias de ingreso condicionados en el Brasil, Chile y México: impactos sobre la desigualdad. Evaluación de tres programas de transferencias de ingreso condicionados en los países de América Latina. PNUD-Centro Internacional de la Pobreza (IPC), Brasil 2007.
- Sojo, Ana. La trayectoria del vínculo entre políticas selectivas contra la pobreza y políticas sectoriales. Revista de la CEPAL 9 1. Abril, 2007.
- Suarez Dillon Soares, Sergei y Zepeda, Eduardo. ¿Pueden Todas las Transferencias Monetarias Reducir Desigualdades? International Poverty Centre- PNUD, One Pager # 36. January 2008.
- Tabor, S.R. Ayudar a los pobres con dinero en efectivo: el diseño y aplicación de programas de transferencia social. Fomento de la capacidad institucional para gestionar eficazmente los programas de transferencia de dinero en efectivo. Banco Mundial, 2002
- Tercera conferencia internacional sobre transferencias en efectivo condicionadas. Estambul, Turquía, 26 al 30 de junio de 2006, Banco Mundial. Descripción de Programas.
- Tercera conferencia internacional sobre transferencias en efectivo condicionadas. Estambul, Turquía, 26 al 30 de junio de 2006, Banco Mundial (presentaciones):
 - Innerarity, Faith D. Incorporando el Desarrollo Infantil Temprano en los Programas de Transferencias en Efectivo Condicionadas La experiencia de Jamaica. Ministro de Trabajo y Asistencia Social, Jamaica.

- Samson, Michael. El Caso de las Transferencias Sociales No Condicionadas. Instituto de Investigación de Política Económica.
- Schady, Norbert. Programas de transferencia en efectivo condicionadas: repaso de la información disponible.
- Székely, Miguel. Condicionar ...o no condicionar. Banco Mundial.
- Uña, G; Lupica, C. y Strazza, L. La participación de los Think Tanks y Expertos en las políticas sociales de lucha contra la pobreza: Una perspectiva comparada de los casos de Argentina, México y Chile. Fundación Siena, Apuntes N° 7, 2008.
- Valenzuela Diepiano Paula -MIDEPLAN-. Sistema de Protección a la Primera Infancia "Chile Crece Contigo". MIDEPLAN, 2008.
- Veras Soares, F. y Britto, T. Encarando las Limitaciones en la Capacidad para Transferencias Monetarias Condicionadas en Latinoamérica: Los Casos de El Salvador y Paraguay. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2008.
- Veras Soares, Fabio y Britto, Tatiana. 'Dolores del Crecimiento': Desafíos Clave para Nuevos Programas de Transferencias Monetarias Condicionadas en Latinoamérica. International Poverty Centre, One Pager # 44. August 2008.
- Villatoro, Pablo. Programas de reducción de la pobreza en América Latina. Un análisis de cinco experiencias CEPAL, Santiago de Chile, mayo de 2004.
- World Bank. Descripción de Programas. Tercera conferencia internacional sobre transferencias en efectivo condicionadas. Estambul, Turquía, 26 al 30 de junio de 2006, BM.